



COMUNE DI BIBBIENA

(Provincia di Arezzo)

UFFICIO TRIBUTI

RICHIESTA ALLACCIO LAMPADA VOTIVA CIMITERIALE

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Codice fiscale _____ C.a.p. _____

E-mail _____ Tel.. _____

RICHIEDE

l'allaccio di n. _____ lampada/e votiva/e nel Cimitero di _____

per il posto cimiteriale relativo al defunto _____

Data di nascita _____ data decesso _____

Nominativo titolare concessione cimiteriale _____

Bibbiena li' _____

FIRMA

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi D.Lgs n. 196/ 2003 e ss.mm.ii. per le finalità di cui alla presente denuncia.

Data _____

FIRMA
