GESTIONE SERVIZI CIMITERIALI
AREA TERRAFERMA (CIMITERIO DI MESTRE) Tel. **041 9655545** Fax 041 7293190
AREA CENTRO STORICO (CIMITERO DI SAN MICHELE) Tel. **041 9655525** Fax 041 7292810

RESET

RICHIESTA DI CREMAZIONE IMPIANTO VENEZIA SAN MICHELE GESTITO DA SOCREM

Il/La sottoscritto/a *(1)* _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

in via _____ n° _____ Tel._____ Cell. _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

email *(obbligatorio)* _____

(**allo scopo rappresentato dall'Agenzia Funebre**: _____ tel. _____)

CHIEDE LA CREMAZIONE DI

☐ **Cadavere** ☐ **Resto Mortale** ☐ **Resti Ossei**

☐ *di Residente nel Comune di Venezia*
☐ *di NON Residente nel Comune di Venezia*

del defunto Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ deceduto/a a _____ il _____
in vita residente nel Comune di _____
oppure (per resti mortali o resti ossei) proveniente da _____

DESTINAZIONE DELLE CENERI:

☐ Tumulazione ☐ Inum. urna biodegradabile ☐ Affido ☐ Dispersione ☐ Apposizione/Inum. urna

Luogo di destinazione*:* _____

SI IMPEGNA

- a consegnare i necessari atti autorizzativi prima dell'operazione di cremazione
- a versare a Veritas Spa la somma relativa al servizio richiesto in base alla tariffa vigente
- **a consegnare copia della ricevuta dell'avvenuto versamento all'ufficio concessioni di San Michele in Isola all'atto del ritiro dell'urna cineraria**

Nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), i dati saranno trattati come da informativa pubblicata sul sito https://www.gruppoveritas.it/privacy

Data _____ Firma _____

(1) Salvo diverse e complete indicazioni da parte del richiedente, Veritas emetterà fattura al soggetto intestatario del presente modulo