

PROTOCOLLO N° _____ DEL _____

COD CIVILIA _____

CODICE eSOLVER PASS N° _____

RICHIESTA PASS AUTO PER ACCEDERE AL CAMPOSANTO DI SANTO SPIRITO

IL SOTTOSCRITTO: COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESIDENTE/DOMICILIATO A _____ PROV. _____

IN VIA _____ N. CIVICO _____ C.A.P. _____

TELEFONO _____ MAIL/PEC _____

CHIEDE

Il rilascio del permesso per accedere al Camposanto di Santo Spirito secondo le modalità e le disposizioni previste dalla Fondazione. Per recarsi presso la Sepoltura/Sacrario _____ al Piano _____ Sez. _____ n° _____

Dichiaro di essere conoscenza che si potrà accedere all'interno del Cimitero di Santo Spirito una volta a settimana, esclusi i giorni festivi, dalle ore 08:00 alle ore 13:30, in base alla tabella di seguito allegata (1), di cui ho preso visione ed ho accettato. Il pass richiesto avrà validità di dodici mesi dalla data di emissione della relativa fattura.

Alla presente si allegano:

- 2 foto formato tessera
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale
- Certificazione medica rilasciata dalla Azienda Sanitaria competente
- Ricevuta attestante il versamento di euro 46,75

Informato sui diritti e sui limiti di cui al Regolamento UE 2016/679, esprimo il mio consenso ed autorizzo il trattamento dei dati miei, del defunto a terzi aventi causa nelle operazioni di cui sopra limitatamente al servizio in parola.

DATA _____

FIRMA

FIRMA PER AVVENUTO RITIRO

DATA _____ FIRMA _____

Parte riservata all'ufficio

Vista la regolarità dell'istanza presentata

Vista la documentazione medica allegata _____

Valida fino al _____

accertato il pagamento dei diritti di euro _____ con fattura n° _____ del _____

si rilascia il permesso richiesto n° _____ del _____ di colore:

GIALLO dalla lettera **A** alla **G**

BLU dalla lettera **H** alla **P**

VERDE dalla lettera **Q** alla **Z**

L'Addetto al servizio

Il Responsabile del 1° Settore

TABELLA ALLEGATA, ESPLICATIVA DEI GIORNI IN CUI È CONSENTITO L'ACCESSO (1)

MESE	INIZIALE DEL COGNOME DEL PORTATORE DEL PASS DALLA LETTEARA A ALLA LETTERA G PASS COLORE GIALLO	INIZIALE DEL COGNOME DEL PORTATORE DEL PASS DALLA LETTEARA H ALLA LETTERA P PASS COLORE BLU	INIZIALE DEL COGNOME DEL PORTATORE DEL PASS DALLA LETTEARA Q ALLA LETTERA Z PASS COLORE VERDE
GENNAIO	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ	VENERDÌ
FEBBRAIO	MERCOLEDÌ	VENERDÌ	LUNEDÌ
MARZO	VENERDÌ	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ
APRILE	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ	VENERDÌ
MAGGIO	MERCOLEDÌ	VENERDÌ	LUNEDÌ
GIUGNO	VENERDÌ	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ
LUGLIO	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ	VENERDÌ
AGOSTO	MERCOLEDÌ	VENERDÌ	LUNEDÌ
SETTEMBRE	VENERDÌ	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ
OTTOBRE	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ	VENERDÌ
NOVEMBRE	MERCOLEDÌ	VENERDÌ	LUNEDÌ
DICEMBRE	VENERDÌ	LUNEDÌ	MERCOLEDÌ

N..B.

Il pagamento dei diritti potrà essere effettuato tramite:

- Conto corrente postale n.10254902 intestato a Fondazione Camposanto di Santo Spirito
- Presso sportello della Banca Popolare Sant'Angelo, Via Notarbartolo 20, Palermo
- Tramite bonifico bancario, IBAN IT 72P0577204622T20960901010
- Pagamento con POS direttamente agli uffici della Fondazione, Corso Finocchiaro Aprile 231/235

PARTE RISEVATA AD UNA EVENTUALE DELEGA A TERZI DA PARTE DELL'INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____

DELEGA

Il/la signor/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____

Ad espletare tutte le operazioni necessarie per la richiesta ed il ritiro del pass auto per conto del richiedente.

Allego alla presente copia del documento del richiedente e del delegato.

DATA

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELEGATO
