



COMUNE COSTA DI MEZZATE

Richiesta di tumulazione data _____

Nome Defunto: _____

Residenza: via _____

Comune _____

Familiare /Referente: Sig./a _____

Residenza via _____

Comune _____

C.I. _____ CF: _____

Indirizzo mail: _____

Cellulare n. _____ tel. n. _____

Tumulazione in: ___ Loculo
 ___ Tomba
 ___ Fossa
 ___ Ossario (dopo cremazione)

Data prevista _____ onoranze _____

Tel. comune n.035.681004

amministrazione@comune.costadimezzate.bg.it

anagrafe@comune.costadimezzate.bg.it