

PROTOCOLLO N° _____ DEL _____

COD CIVILIA

CODICE eSOLVER PASS N° _____

ALLA FONDAZIONE CAMPOSANTO DI SANTO SPIRITO

PALERMO

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 o contrassegno disabili, in originale, in corso di validità rilasciato dal Comune.
 - Ricevuta attestante il versamento di euro 50,22

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**

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 LETTERA A ALLA LETTERA G PASS COLORE GIALLO	INIZIALE DEL COGNOME DEL PORTATORE DEL PASS DALLA LETTERA H ALLA LETTERA P PASS COLORE BLU	INIZIALE DEL COGNOME DEL PORTATORE DEL PASS DALLA LETTERA 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
- Bonifico bancario IBAN: IT30A0503604622CC4960001435 - BANCA AGRICOLA POPOLARE DI SICILIA S.C.P.A., Via Notarbartolo 20, Palermo
- Pagamento con POS direttamente agli uffici della Fondazione, Corso Finocchiaro 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