

RICHIEDENTE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A  
CONTARINA SPA  
GESTIONE CREMATORIO  
DI TREVISO  
TEL. 0422/212791-2  
FAX 0422/212796

**MODULO DI PRENOTAZIONE DELLA SALA DEL COMMIATO**

Come da accordi telefonici:

IL /LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_

DELL' I.O.F. \_\_\_\_\_

CON SEDE IN VIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

CHIEDE L'USO DELLA SALA DEL COMMIATO PRESSO IL CREMATORIO DI TREVISO PER POTER SVOLGERE LA CERIMONIA FUNEBRE DI (nominativo del defunto)

\_\_\_\_\_  
NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

DECEDUTO/A IL \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

IL FERETRO GIUNGERA' AL CREMATORIO DI S. BONA IN TREVISO

IL GIORNO \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_ LA CERIMONIA FUNEBRE

DURERA' FINO ALLE ORE \_\_\_\_\_ E SARA' COSI' ARTICOLATA:  
(breve descrizione)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**N.B.: ogni danno a oggetti o cose all'interno o all'esterno della sala del commiato saranno quantificate e addebitate al firmatario della richiesta.**

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

(da inviare via fax al 0422/212796 con allegata copia documento di identità del dichiarante)