

Al Comune di Zone
Ufficio Servizi Demografici
Via Monte Guglielmo, 42 25050 Zone (BS)
protocollo@pec.comune.zone.bs.it

**DOMANDA DI UTILIZZO DELLA SALA DEL COMMiato, DELEGA FAMILIARE DEFUNTO E VERBALE DI
CONSEGNA E RICONSEGNA CHIAVI**

SEZIONE 1 – DOMANDA DI UTILIZZO

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il ____/____/____, residente a _____ in
via _____, in qualità di legale rappresentante dell'Agenzia di
onoranze funebri _____,
con sede legale a _____ (____) in via _____, C.F.
_____, P.IVA _____,

CHIEDE

l'utilizzo della sala del commiato comunale, sita in via Aldo Moro, per la celebrazione del rito di
commemorazione e di dignitoso commiato del defunto/a: _____
Nato/a a _____ il ____/____/____ Residente a _____ in
via _____ Deceduto/a a _____ il ____/____/____

DICHIARA

- ☐ di agire per conto e su delega dei familiari del defunto/a (delega allegata);
- ☐ che il defunto/a rientra in uno dei casi previsti dall'art. 2 del Regolamento comunale per l'utilizzo della sala del commiato (barrare la casella corrispondente):
 - ☐ defunto residente nel Comune di Zone
 - ☐ defunto domiciliato nel Comune di Zone
 - ☐ cerimonia per ogni altro defunto
- ☐ che l'Agenzia è in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia funeraria, sanitaria e di pubblica sicurezza e di rispettare la normativa sulle attività funebri e cimiteriali;
- ☐ che l'Agenzia ha presentato apposita SCIA all'ATS competente;
- ☐ di provvedere a segnalare tempestivamente eventuali anomalie e/o danni rilevanti durante il periodo di utilizzo;
- ☐ di corrispondere al Comune di Zone, al momento del rilascio dell'autorizzazione, un rimborso spese per l'utilizzo della Sala del Commiato pari ad € 40,00 per un giorno / € 60,00 per due giorni consecutivi / € 80,00 per tre giorni consecutivi da versare mediante bonifico bancario sul seguente IBAN IT 15 Q 05696 55170 000040002X94
- ☐ di dichiarare che l'Agenzia ha già sottoscritto l'apposita Convenzione disciplinante, in attuazione del Regolamento comunale per l'utilizzo della Sala del Commiato, approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 19 del 10.10.2025, gli aspetti operativi connessi alla fruizione della struttura, impegnandosi al rispetto di tutte le disposizioni contenute nella Convenzione e nel Regolamento.

*la presente dichiarazione è resa sotto la propria personale responsabilità e consapevolezza delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75 , comma 1, DPR 445/2000

Zone, ____/____/____

Firma del legale rappresentante dell'Agenzia

SEZIONE 2 – DELEGA FAMILIARE DEFUNTO

Il sottoscritto, nome e cognome _____,
nato/a a _____ il ____/____/_____, residente a _____ via
_____, familiare del defunto/a _____ grado di
parentela _____,

dichiara di essere autorizzato dagli altri familiari aventi titolo e di averne acquisito il consenso,

DELEGA

l'Agenzia di onoranze funebri _____ a presentare la domanda di
utilizzo della sala del commiato del Comune di Zone in suo nome e per suo conto.

Zone, ____/____/____

Firma delegante:

SEZIONE 3 – VERBALE DI CONSEGNA E RICONSEGNA CHIAVI

In data ____/____/_____, l'Ufficio demografici del Comune di Zone consegna all'Agenzia di onoranze
funebri _____ le chiavi relative alla sala del commiato,
sita in via Aldo Moro.

L'Agenzia si impegna a:

- ☐ custodire con diligenza le chiavi ricevute;
- ☐ non duplicarle né consegnarle a persone terze non autorizzate;
- ☐ utilizzarle esclusivamente per l'accesso alla sala nei periodi autorizzati;
- ☐ restituirle all'Ufficio Servizi Demografici al termine dell'utilizzo, contestualmente al sopralluogo di
riconsegna della sala.

Firma per consegna effettuata (Comune): _____

Firma per consegna ricevuta (Agenzia): _____

Riconsegna chiavi in data ____/____/____

Firma funzionario del Comune _____

Firma rappresentante dell'Agenzia _____