



AYUNTAMIENTO DE CABANILLAS DE LA SIERRA

**INHUMACIÓN, CREMACIÓN, REDUCCIÓN DE RESTOS Y TRASLADOS EN
EL CEMENTERIO MUNICIPAL DE CABANILLAS DE LA SIERRA**

D/D^acon DNI. nº
y domicilio en....., tfn.....,
y correo electrónico

Declaro bajo mi responsabilidad que ostento el derecho para autorizar:

<input type="checkbox"/>	INHUMACIÓN	<input type="checkbox"/>	CREMACIÓN	<input type="checkbox"/>	REDUCCIÓN RESTOS	<input type="checkbox"/>	TRASLADO
--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------

Del cadáver de D/D^a,
con DNI. nº en la unidad de enterramiento:

<input type="checkbox"/>	Nicho	Fila	<input type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sepultura	Calle	<input type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>

Asumiendo toda la responsabilidad inherente a esta decisión.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración
en..... a de..... de 20...

Fdo.:

**ILMO.SR. ALCALDE- PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE
CABANILLAS DE LA SIERRA**