



# Ayuntamiento Ponferrada

Cementerio Municipal

## INHUMACIÓN / EXHUMACIÓN / REDUCCIÓN / TRASLADO DE RESTOS

FALLECIDO:

NOMBRE	
APELLIDOS	
NIF	
POBLACIÓN	

DEFUNCIÓN:

LUGAR	
FECHA	
HORA	

SOLICITANTE:

NOMBRE	
APELLIDOS	
NIF	
DOMICILIO	
POBLACIÓN	
TELÉFONO	

INHUMACIÓN

EXHUMACIÓN

UBICACIÓN	
LUGAR	
FECHA	
HORA	

TRASLADO

PRIMERA UBICACIÓN	
-------------------	--

REDUCCIÓN/REMOCIÓN

Yo, D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ como titular del nicho/sepultura anteriormente indicado, autorizo al personal municipal a realizar la inhumación/exhumación/remoción o traslado en la misma, de D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Ponferrada, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMADO