

D. _____, mayor de edad, con DNI n° _____ y domicilio en _____, CP _____, Calle _____
 _____ Teléfono _____

CEMENTERIO MUNICIPAL

S O L I C I T A :

CERTIFICADO DE TITULARIDAD DEL NICHOSITO EN:

CEMENTERIO DE:
TITULAR:
MANZANA:
FILA:
PARTE:
NUMERO:

REDUCCIÓN Y TRASLADO DE RESTOS:

DE:	A:
TITULAR:	TITULAR:
MANZANA	MANZANA
FILA	FILA
PARTE	PARTE
NÚMERO	NÚMERO

APERTURA DE NICHOSITO, COLUMBARIO, SEPULTURA:

TITULAR:
MANZANA:
FILA:
PARTE:
NUMERO:

CAMBIO DE TITULARIDAD:

TITULAR ANTERIOR:
TITULAR ACTUAL :
MANZANA:
FILA:
PARTE:
NUMERO:

El solicitante **DECLARA BAJO JURAMENTO** la veracidad de los datos expuestos y que tiene capacidad legal para obrar en este procedimiento y en su caso autorización del resto de familiares ó herederos legales del/los finados ó titulares de los nichos, sepulturas ó columbario objeto del expediente, para proceder a la ejecución de este acto es decir a la apertura del nicho correspondiente y al traslado de restos, haciéndose responsable ante quien proceda de la falta de veracidad de lo expuesto.

Por ello el que suscribe presenta **DECLARACIÓN RESPONSABLE** a los efectos de de lo previsto en el art 71 bis de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Común, sobre lo indicado anteriormente.

Torrevieja a de de 201

Fdo: