DECLARACIÓN DE CONSANGUINIDAD

D. _____, con DNI nº _____

Nacida el __/__/____, domiciliada en _____

Y

D. _____, con DNI nº _____

Nacida el __/__/____, domiciliada en _____

En relación a la solicitud de cambio de derecho funerario del nicho del cementerio Municipal nº _____ del grupo nº _____.

DECLARAN:

Que las personas relacionadas tienen una relación de consanguinidad de _____.

FIRMA

LUGAR FECHA

EN _____, A _____

Fdo: _____ Fdo: _____