

Gesuchsteller/in

Name, Vorname _____
Adresse _____
PLZ und Ort _____
Telefon _____



Gemeindeverwaltung
Friedhofskommission
Märtplatz 7
3922 Stalden

Formular Antrag Grabaufhebung

Angaben zum Grab

Name, Vorname _____
Geburtsjahr _____
Todesjahr _____
Lage des Grabes _____
Wunschtermin der Aufhebung _____
(z.B. vor Ostern, vor Fronleichnam,
vor Allerheiligen etc.)

Welche Gegenstände auf dem Grab möchten die Angehörigen behalten? Bitte ankreuzen:
(Grabschmuck muss von den Angehörigen vorgängig selber abgeholt werden)

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Foto auf Kreuz | <input type="checkbox"/> Blumen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Kreuz | <input type="checkbox"/> Weihwasserspender | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Grabstein | <input type="checkbox"/> Kerzenhäuschen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Grabumrandung | <input type="checkbox"/> Kerzen | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Querstreifen | <input type="checkbox"/> Figuren | <input type="checkbox"/> _____ |

- Die übrigen Gegenstände werden von der Gemeinde entsorgt.
 Sämtliche Grabbestandteile werden vom Gesuchsteller entsorgt.

Der/Die Gesuchsteller/in bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift, dass alle Familienangehörigen mit der Aufhebung des Grabes einverstanden sind und die obigen Angaben stimmen. Ausserdem nimmt er/sie jegliche Verantwortung auf sich und beauftragt die Gemeinde Stalden, seinen angekreuzten Interessen nachzugehen.

Datum _____ Unterschrift Gesuchsteller/in _____
