

**RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DI
CERTIFICATO DI MORTE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ Stato _____ il _____
(giorno/-mese/ anno)

residente al seguente indirizzo: _____

Città _____ Stato _____ CAP _____ Telefono () ____ - _____

**CHIEDE la trascrizione nei registri di stato civile del Comune di
del certificato di morte di:**

| | |
|-----------------------|-------|
| Nome/ | _____ |
| Cognome/ | _____ |
| Luogo nascita/ | _____ |
| Data nascita/ | _____ |
| Luogo e data decesso/ | _____ |
| Cittadinanza/ | _____ |
| Nome del Padre/ | _____ |
| Nome della Madre/ | _____ |

Si allega il certificato di morte

- con traduzione in italiano
- su formulario bilingue
- su formulario plurilingue

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

Data/ _____ Firma/ _____