

RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DI ATTO/CERTIFICATO DI MORTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(El/La abajo firmante) (nacido/a en)

Prov. _____ Stato _____ il _____
(Provincia) (País) (giorno/mese/ anno) (día/mes/año)

Residente al seguente indirizzo: _____
Residente en el siguiente domicilio)

Città _____ Stato _____ CAP _____
(Localidad) (País) (Código postal)

Telefono (____) _____ e-mail _____

CHIEDE sotto la sua responsabilità la trascrizione nei registri di stato civile del Comune italiano di: (SOLICITA bajo su responsabilidad la transcripción en el registro civil del Municipio italiano)

Comune di: _____ prov. _____
del certificato di MORTE di (del certificado de DEFUNCIÓN de):

Nome (Nombre)	Cognome (Apellido)
Luogo nascita (Lugar de nacimiento)	Stato di nascita (País de nacimiento)
Data di nascita (Fecha de nacimiento)	Cittadinanza/e (Nacionalidad/es)

DATI DEL DECESSO (Datos del fallecimiento)

Luogo decesso (Localidad de defunción): _____

Stato (País): _____

Data del decesso (Fecha de la defunción): _____

Documentazione da presentare (Documentación a presentar):

- **CERTIFICATO DI MORTE (certificado defunción)**
- **fotocopia del documento d'identità del defunto (fotocopia del documento de identidad del fallecido)**

Ai sensi dell'art. 21, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR 445/2000, la presente dichiarazione non è soggetta all'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

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/Fecha: _____ Firma: _____