

## 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)
<b>DATI DEL DECESSO (Datos del fallecimiento)</b>	
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)

Data/Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_