

**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 () _____ - _____ Email _____

CHIEDE la trascrizione nei registri di stato civile del competente Comune italiano

_____ Prov. _____

del certificato di morte di:

Nome/ _____

Cognome/ _____

Luogo nascita/ _____

Data nascita/ _____

Cittadinanza/ _____

Luogo decesso/ _____

Data decesso/ _____

Si allega il certificato di morte

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

Data/ _____

Firma/ _____

(Si allega copia del documento di identità in corso di validità.)