

RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DELL'ATTO DI MORTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

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

residente al seguente indirizzo: _____

CAP _____ Città _____ Stato _____

Telefono _____.

CHIEDE

la trascrizione nei registri di stato civile del competente Comune italiano dell'atto di morte di:

Nome: _____

Cognome: _____

Luogo nascita: _____

Data nascita: _____

Luogo e data del decesso: _____

Cittadinanza: _____

Allega il certificato in originale su formulario plurilingue.

N.B. Le fotocopie NON sono valide per la trascrizione.

IL/LA DICHIARANTE

Luogo e data:

_____ 

firma per esteso

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, purché accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento.

Il/la sottoscritto/a 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 pubblicata sul sito dell'Ambasciata d'Italia a Sarajevo nella sezione "Servizi Consolari e Visti".