

RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DI ATTO DI MORTE

Application to register a Death Certificate

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
I the undersigned (Name and Surname) _____ Place of birth _____
Prov. _____ Stato _____ il _____
Province/County (if applicable) Country Date of birth (giorno/mese/
anno) (day/month/year)

residente al seguente indirizzo: _____
residing at the following address

Città _____ Stato _____ CAP _____ Telefono _____ - _____
City/Town Country Full Post Code Telephone no.

Indirizzo email: _____
Email address:

CHIEDE la trascrizione nei registri di stato civile del Comune italiano di _____
(indicare il Comune di iscrizione AIRE o il Comune di ultima residenza in Italia) dell'atto di morte di:
REQUEST that the Death Certificate for the person named below be registered at the Italian "comune"
(town hall) of _____ (please specify your AIRE registration town or town
where you last resided in Italy, if applicable):

Nome/ Name	_____
Cognome/ Surname	_____
Luogo di nascita/Place of birth	_____
Data di nascita/Date of birth	_____
Luogo e data decesso /Place and date of death	_____

Data/Date _____ Firma/Signature _____

Si prega di includere/ Please include

- Certificato di morte in originale legalizzato con Apostille/ Original death certificate with "Apostille" (legalisation);
- Traduzione del certificato di morte/translation of the death certificate
- Copia del documento del defunto/ photocopy of passport of the deceased.