

RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DI ATTO DI MORTE

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____,

nato/a (Città, Stato) _____, _____ (prov. _____)

il (gg/mm/aaaa) ___/___/_____ e residente al seguente indirizzo

Città _____ Stato _____ CAP _____

Tel. (IT/BG) _____,

CHIEDE

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

_____, (prov. _____)

Estremi del/della defunto/a

Nome _____

Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Luogo e data del decesso _____

Cittadinanza _____

Nome del padre _____

Nome e Cognome della madre _____

Si allega il certificato di morte:

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

Data _____

Firma _____