

**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 ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**CHIEDE la trascrizione nei registri di stato civile del competente Comune italiano del certificato di morte di:**

Nome/ \_\_\_\_\_  
Cognome/ \_\_\_\_\_  
Luogo nascita/ \_\_\_\_\_  
Data nascita/ \_\_\_\_\_  
Luogo e data decesso/ \_\_\_\_\_  
Cittadinanza/ \_\_\_\_\_  
Nome del Padre/ \_\_\_\_\_  
Nome della Madre/ \_\_\_\_\_

Si allega il certificato di morte

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

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari (ad esclusione di visti e cittadinanza), ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

Tale informativa può essere visionata sul sito dell'Ambasciata d'Italia a Copenaghen, all'interno della sezione dedicata alla modulistica.

Data/ \_\_\_\_\_ Firma/ \_\_\_\_\_