

CONSOLATO GENERALE D'ITALIA - NIZZA

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 plurilingue

Data _____

Firma _____