




Consolato Generale d'Italia
Marsiglia

RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DI ATTO DI DECESSO

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA E AUTOCERTIFICA I SEGUENTI DATI E FATTI PERSONALI:

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente al seguente indirizzo _____

Città _____ CAP _____

email _____ telefono _____

CHIEDE

la trascrizione nei registri di stato civile del Comune di _____

dell'atto di decesso di:

Nome e cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Luogo e data del decesso _____

e la contestuale cancellazione dall'AIRE

Allega estratto plurilingue originale dell'atto di decesso

Dichiara di aver preso visione dell'informativa riguardante il trattamento dei dati personali ai fini dell'erogazione dei servizi consolari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679

Luogo e Data _____

Firma _____