

**RICHIESTA  
DI TRASCRIZIONE DEL CERTIFICATO DI  
MORTE**

Il/La sottoscritto/a  
nato/a a  
il  
residente in  
telefono e/o e-mail

\_\_\_\_\_  
cognome, nome  
\_\_\_\_\_  
luogo di nascita (città, provincia, Stato)  
\_\_\_\_\_  
data di nascita (giorno, mese, anno)  
\_\_\_\_\_  
via, numero civico, interno, città, provincia, CAP, Stato  
\_\_\_\_\_  
numero telefonico con i prefissi e/o indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**  
la trascrizione nei registri di Stato Civile del Comune di

\_\_\_\_\_  
(Comune di residenza / Comune AIRE (per i cittadini residenti all'estero) del deceduto)

del certificato di morte

del/la proprio/a  
Signor / Signora  
nato/a a  
il  
deceduto a  
il

\_\_\_\_\_  
indicare il grado di parentela  
\_\_\_\_\_  
cognome, nome  
\_\_\_\_\_  
luogo di nascita (città, provincia, Stato)  
\_\_\_\_\_  
data di nascita (giorno, mese, anno)  
\_\_\_\_\_  
luogo di decesso - città, provincia, Stato  
\_\_\_\_\_  
data di decesso

**DICHIARA**

di aver provveduto all'apposizione del timbro "Apostille",  
ai sensi della Convenzione dell'Aia del 5 ottobre 1961, sull'originale del certificato di morte.

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
luogo di compilazione data di compilazione firma del richiedente