

AL CONSOLATO GENERALE D'ITALIA A HOUSTON

MODULO DI RICHIESTA TRASCRIZIONE DI CERTIFICATO DI MORTE
(Form to request the registration of the Death Certificate)

Il/La sottoscritto/a _____
(The undersigned)
nato/a a _____ Prov. (_____) Stato _____
(born in) (province) (State)
il _____ residente all'indirizzo _____
(on) (gg/mm/aaaa – dd/mm/yyyy) (resident at the address)
Città _____ Stato _____ CAP _____
(city) (State) (ZIP)
Telefono _____ email _____
(telephone) (email)

CHIEDE
(request)

LA TRASCRIZIONE DEL CERTIFICATO DI MORTE

presso il Comune italiano di _____ Prov. _____
(the registration of the death certificate in the Italian Municipality of) (province)

DATI DEL DEFUNTO

(information of the deceased)

Nome / Name _____

Cognome / Last Name _____

Luogo di nascita / Place of birth _____

Data di nascita / Date of birth _____

Cittadinanza / Citizenship _____

Nome del padre / Father's name _____

Nome della madre / Mother's name _____

Data del decesso / Date of death _____

Luogo del decesso / Place of death _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679 – I, the undersigned, hereby declare that I understood the information about the protection of PII (personal identifiable information) with the reference to consular services, in accordance with the General Rules on Data Protection (EU) 2016/679.

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra scritto risponde a verità e di essere a conoscenza delle conseguenze penali previste nel caso di mendaci e false dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, nr. 455) – I declare, under penalty of perjury, that the above stated facts are true and that I am aware of the criminal penalties against who make misleading or false statements (art. 76 of Presidential Decree 455/2000).

Data / Date _____ Firma / Signature _____