



CONSOLATO D'ITALIA MARACAIBO

RICHIESTA TRASCRIZIONE

ATTO DI MORTE

Il/la Sottoscritto/a _____
El suscrito/la suscrita COGNOME (NUBILE per donne) - (Apellido (Soltera para mujeres) NOME/I (Nombre/s)

nato/a a _____ **il** _____
nacido/a en CITTÀ' E PROVINCIA (Ciudad y Estado) el (gg/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

Indirizzo di residenza _____
Residente en VIA E NUMERO CIVICO (dirección completa)

CITTÀ' E PROVINCIA (Ciudad, Estado) TEL CEL

EMAIL _____ @ _____

IN QUALITÀ' DI (grado di parentela del richiedente con il titolare dell'atto da trascrivere) _____
(En calidad de (grado de parentesco con el titular de la partida a registrar)

CHIEDE LA TRASCRIZIONE DELL'ATTO DI MORTE AL COMUNE DI _____
(Solicita la registraci3n del acta de defunci3n al COMUNE de)

Cognome e Nome titolare dell'atto _____ **nato/a a** _____
Apellido(s) y Nombre(s) del titular del acta de nacimiento nacido/a en

Il ____/____/____ **Residente in Venezuela in** _____
El Residente en Venezuela en

Padre _____ **nato a** _____ **il** ____/____/____
Apellido y Nombre del padre nacido en el

Cittadinanza ☐ Italiana ☐ Venezuelana ☐ Altra : _____
Nacionalidad Italiana Venezolana Otra

Madre _____ **nata a** _____ **il** ____/____/____
Apellido y Nombre de la madre nacida en el

Cittadinanza ☐ Italiana ☐ Venezuelana ☐ Altra : _____
Nacionalidad Italiana Venezolana Otra

COMUNE di ultima residenza in Italia del padre o della madre _____
(Comune de 3ltima residencia en Italia del padre o de la madre)

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

QUIEN SUSCRIBE DECLARA TENER PLENO CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA SOBRE LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES
RELATIVA A LOS SERVICIOS CONSULARES EN VIRTUD DEL REGLAMENTO GENERAL SOBRE LA PROTECCION DE DATOS UE 2016/679

LUOGO E DATA (Lugar y Fecha)

FIRMA RICHIEDENTE (Firma)