



AMBASCIATA D'ITALIA A PANAMA

RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DI ATTO DI MORTE SOLICITUD DE TRASCRIPCION DEL ACTA DE DEFUNCIÓN

NÚMERO DEL EXPEDIENTE

(uso esclusivo de la Embajada)

Io sottoscritto, a conoscenza delle sanzioni penali, nelle quali potrò incorrere in caso di false dichiarazioni, dichiaro quanto segue / El suscrito, con conocimiento de las sanciones penales, en las que puedo incurrir en caso de declaraciones falsas, declaro lo siguiente:

INFORMAZIONE DEL DEFUNTO / INFORMACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA				
COGNOME / APELLIDOS:			NOME / NOMBRE:	
LUOGO DI NASCITA / LUGAR DE NACIMIENTO:			PROVINCIA / DEPARTAMENTO:	DATA DEL DECESSO / FECHA DEL FALLECIMIENTO: D / M / A
ATTO DI MORTE NUMERO / NÚMERO DEL ACTA DE DEFUNCIÓN:		RILASCIATO DA / EXPEDIDO POR:		DATA DI RILASCIO / FECHA DE EXPEDICIÓN:
STATO CIVILE AL MOMENTO DEL DECESSO / ESTADO CIVIL AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:			RESIDENTE EN PANAMA / RESIDENTE EN PANAMA:	SI NO
<input type="checkbox"/> CELIBE / SOLTERO <input type="checkbox"/> CONIUGATO / CASADO <input type="checkbox"/> VEDOVO / VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARATO / SEPARADO <input type="checkbox"/> CONVIVENTE / UNION LIBRE			<input type="checkbox"/> ISCRITTO ALL'AIRE DI CODESTA AMBASCIATA / INSCRITO AL AIRE DE ESTA EMBAJADA:	SI NO

DATI DEI GENITORI DEL DEFUNTO / DATOS DE LOS PADRES DE LA PERSONA FALLECIDA	
COGNOMI E NOMI DEL PADRE / APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE:	
LUOGO DI NASCITA / LUGAR DE NACIMIENTO:	PROVINCIA / DEPARTAMENTO:
COGNOMI E NOMI DELLA MADRE / APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE:	
LUOGO DI NASCITA / LUGAR DE NACIMIENTO:	PROVINCIA / DEPARTAMENTO:

COMUNE ITALIANO PER LA TRASCRIZIONE DELL'ATTO DI MORTE / CIUDAD ITALIANA PARA LA TRASCRIPCION DEL ACTA DE DEFUNCIÓN:	PROVINCIA / DEPARTAMENTO:
--	---------------------------

COGNOME E NOME DI CHI CONSEGNA I DOCUMENTI / APELLIDOS Y NOMBRES DE QUIEN ENTREGA LOS DOCUMENTOS:	TELEFONO CELLULARE / TELEFONO CELULAR:
---	--

DOCUMENTI NECESSARI D'ALLEGARE ALLA PRESENTE RICHIESTA / DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD:

1. ATTO INTEGRALE DI MORTE APOSTILLATO E TRADOTTO CON APOSTILLE DELLA FIRMA DEL TRADUTTORE / REGISTRO INTEGRAL DE DEFUNCIÓN APOSTILLADO Y TRADUCIDO CON APOSTILLA DE LA FIRMA DEL TRADUCTOR
2. COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' ITALIANO DEL DEFUNTO / COPIA DE UN DOCUMENTO DE IDENTIDAD ITALIANO DEL DIFUNTO.
3. COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DI CHI CHIEDE LA TRASCRIZIONE DELL'ATTO DI MORTE / COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA PERSONA CHE SOLICITA LA TRASCRIPCION DEL DECESO.

"Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ad esclusione di visti e cittadinanza, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679; art. 13 e 14" - "El suscrito declara de haber leído la información sobre la protección de datos personales relativa a los servicios consulares, con excepción de visados y ciudadanía, de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679; art. 13 y 14".

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA / FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:	D / M / A	FIRMA E TIMBRO DEL FUNZIONARIO CONSOLARE / FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO CONSULAR
FIRMA DEL RICHIEDENTE / FIRMA DEL SOLICITANTE		

*Attesto che il connazionale, della cui identità sono certo, ha firmato in mia presenza