



**ALL'AMBASCIATA D'ITALIA IN PANAMA**  
**RICHIESTA DI TRASCRIZIONE DELL'ATTO DI MORTE**  
REQUEST FOR TRANSCRIPTION OF DEATH CERTIFICATE

Io sottoscritto, a conoscenza delle sanzioni penali, nelle quali potrò incorrere in caso di false dichiarazioni (DPR 445/2000), dichiaro quanto segue (The undersigned, with knowledge of the criminal penalties, which I may incur in case of false statements, declare the following):

**INFORMAZIONE DEL DEFUNTO / DECEASED PERSON INFORMATION**

|                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                     |                            |                            |                                                                                  |  |                                   |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|----|
| COGNOME (SURNAME(S)):                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                     |                            |                            | NOME (NAMES):                                                                    |  |                                   |    |
| LUOGO DI NASCITA (PLACE OF BIRTH):                                                                                                                                                                                                                       |                        |                     |                            |                            | PROVINCIA (PROVINCE):                                                            |  | DATA DEL DECESSO (DATE OF DEATH): |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                     |                            |                            |                                                                                  |  | D / M / Y                         |    |
| ATTO DI MORTE NUMERO (DEATH CERTIFICATE NUMBER):                                                                                                                                                                                                         |                        |                     | RILASCIATO DA (ISSUED BY): |                            | DATA DI RILASCIO (DATE OF ISSUE):                                                |  |                                   |    |
| STATO CIVILE AL MOMENTO DEL DECESSO (MARITAL STATUS AT THE TIME OF DEATH):                                                                                                                                                                               |                        |                     |                            |                            | RESIDENTE EN PANAMA (RESIDENT IN PANAMA):                                        |  | YES                               | NO |
| CELIBE /<br>SINGLE                                                                                                                                                                                                                                       | CONIUGATO /<br>MARRIED | VEDOVO /<br>WIDOWER | SEPARATO /<br>SEPARATE     | CONVIVENTE /<br>COMMON-LAW | ISCRITTO ALL'AIRE DI CODESTA AMBASCIATA / REGISTERED ON THE AIR OF THIS EMBASSY: |  | YES                               | NO |
| NEL CASO IN CUI NON SIA ISCRITTO PRESSO CODESTA AMBASCIATA, INDICARE LA SEDE DI PROVENIENZA OPPURE L'ULTIMO COMUNE DI RESIDENZA (IF YOU ARE NOT REGISTERED WITH THIS EMBASSY, PLEASE INDICATE THE PLACE OF ORIGIN OR THE LAST MUNICIPALITY OF RESIDENCE) |                        |                     |                            |                            |                                                                                  |  |                                   |    |

**COMUNE ITALIANO PER LA TRASCRIZIONE DELL'ATTO DI MORTE**  
(ITALIAN CITY FOR THE TRANSCRIPTION OF THE DEATH CERTIFICATE)

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| COMUNE (MAYOR'S OFFICE):            | PROVINCIA / PROVINCE: |
| CAUSA DELLA MORTE (CAUSE OF DEATH): |                       |

**COGNOME E NOME DI CHI CONSEGNA I DOCUMENTI (SURNAME(S) AND FIRST NAMES OF THE PERSON WHO DELIVERS THE DOCUMENTS)**

|                                                                                                             |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| COGNOME E NOME (SURNAME(S) AND FIRST NAME):                                                                 | TELEFONO CELLULARE / CELL PHONE: |
| RAPPORTO DI PARENTELA TRA IL DEFUNTO E IL RICHIEDENTE (RELATIONSHIP BETWEEN THE DECEASED AND THE APPLICANT) | E-MAIL:                          |

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 (The undersigned declares that he or she has read the information on the protection of personal data relating to consular services, with the exception of visas and citizenship, in accordance with the General Data Protection Regulation (EU) 2016/679; ART. 13 AND 14).

|                                                                              |           |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA (DATE OF SUBMISSION OF THE APPLICATION): | D / M / Y | FIRMA E TIMBRO DEL FUNZIONARIO CONSOLARE (SIGNATURE AND SEAL OF CONSULAR OFFICER) |
| FIRMA DEL RICHIEDENTE (SIGNATURE OF THE APPLICANT)                           |           |                                                                                   |

Attesto che il connazionale, della cui identità sono certo, ha firmato in mia presenza. (I certify that the compatriot, whose identity I am sure, signed in my presence.)