



» Nel dichiarare e autocertificare i seguenti dati e fatti personali ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del medesimo D.P.R.:

While declaring and certifying the following personal data and information in accordance with articles 46 and 47 of Presidential Decree no. 445 of 28/12/2000, I, the undersigned, am fully informed about the sanctions imposed in case of false declarations, as per article 76 of the same Presidential Decree

DATI DEL RICHIEDENTE Applicant's data

Cognome <i>Family name</i>	Data di nascita <i>Date of Birth</i>
Nome <i>Given name</i>	____ / ____ / ____ GG DD MM AAAA YYYY
Luogo di nascita <i>Birthplace (city, Country)</i>	Sesso <i>Gender</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo di residenza (via, città, Stato) <i>Residence address (street, city, Country)</i>	Cittadinanza/e <i>Citizenship/s</i>

DATI DELLA PERSONA DECEDUTA Data of the deceased person

Cognome <i>Family name</i>	Data di nascita <i>Date of Birth</i>
Nome <i>Given name</i>	____ / ____ / ____ GG DD MM AAAA YYYY
Luogo di nascita <i>Birthplace (city, Country)</i>	Sesso <i>Gender</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo di residenza (via, città, Stato) <i>Residence address (street, city, Country)</i>	Cittadinanza/e <i>Citizenship/s</i>

Stato civile:*Marital status*

Celibe/nubile

Coniugato/a *

Unione civile *

Separato/a *

Divorziato/a

Vedovo/a

* MATRIMONIO

O UNIONE CIVILE

MARRIAGE OR

CIVIL PARTNERSHIP

Cognome e nome del coniuge*Spouse's (maiden) family and given names***Data del matrimonio***Wedding date***Luogo del matrimonio***Wedding place*____ / ____ / ____
GG DD MM AAAA YYYY

(Città, Provincia, Stato) (City, Country)

DATI DEL DECESSO AVVENUTO NELLA REPUBBLICA D'IRLANDA Data about the death occurred in the Republic of Ireland

Città <i>City/Town</i>	Contea <i>County</i>	Data: <i>Date</i>
		____ / ____ / ____ GG DD MM AAAA YYYY

IL/LA SOTTOSCRITTO/A RICHIEDE LA TRASCRIZIONE DEL QUI ALLEGATO ATTO NEL REGISTRO DELLO STATO CIVILE DEL COMUNE DI:*I, the undersigned, hereby request the registration of the attached Certificate in the Register Office of the following Italian Municipality:***(Comune di residenza/A.I.R.E. della persona deceduta)***Residence or A.I.R.E.**Italian Municipality of the deceased person*Comune in Italia *Municipality in Italy*(Provincia *Italian Province*)

Allegati richiesti

Required attachments Copie di un documento di riconoscimento (passaporto/Carta d'Identità) del richiedente*Copies of valid passport/ID card of the applicant* Copie di un documento di riconoscimento (passaporto/Carta d'Identità) della persona deceduta*Copies of valid passport/ID card of the deceased person* CERTIFICATO ORIGINALE IRLANDESE: **Death Certificate** ORIGINAL Irish Death Certificate Traduzione dell'originale in lingua italiana (si invita ad utilizzare la Traduzione guidata: vedere sito web)*Translation into Italian language of the original Certificate (applicants should use the draft translation provided: see website)*

» Il/La sottoscritto/a 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 I hereby confirm to have read the Information on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data for consular services except visas and citizenships, according to the General Data Protection Regulation (EU) 2016/679

Data:*Date***Firma del richiedente (a mano):***Applicant's signature (hand signature)***AVVISO IMPORTANTE: RICHIESTE PRIVE DI FIRMA AUTOGRAFA O INCOMPLETE/PRIVE DI TUTTI GLI ALLEGATI RICHIESTI NON SARANNO CONSIDERATE VALIDE***RELEVANT NOTICE: Requests lacking applicant's hand signature or the required attachments or incomplete will be considered not valid and rejected*