



AMBASCIATA D'ITALIA – MADRID
Cancelleria Consolare

RICHIESTA RILASCIO PASSAPORTO MORTUARIO
(Solicitud de Pasaporte Mortuario)

Per cortesia, scrivere in maiuscole/Por favor, escriba en mayúsculas

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(El/La abajo firmante) (nacido/a en)
Prov. _____ Stato _____ il _____
(Provincia) (País) (giorno/mese/ anno) – (día/mes/año)
Residente al seguente indirizzo: _____
(Residente en el siguiente domicilio – dirección completa -)
Città _____ Stato _____ CAP _____
(Localidad) (País) (Código postal)
Teléfono (_____) _____ e-mail _____

CHIEDE il rilascio del passaporto mortuario per l'introduzione in Italia:
(SOLICITA la emisión de un pasaporte mortuario para el traslado a Italia)

- delle CENERI di (de las cenizas de)
 della SALMA di (del cadaver de)

Nome (Nombre)	Cognome (Apellido)
Luogo nascita (Lugar de nacimiento)	Stato di nascita (País de nacimiento)
Data di nascita (Fecha de nacimiento)	Cittadinanza/e (Nacionalidad/es)
DATI DEL DECESSO (Datos del fallecimiento)	
Luogo decesso (Localidad de defunción):	
Stato del decesso (País de defunción):Data del decesso (Fecha de la defunción):/...../.....	

Per la successiva tumulazione nel Cimitero di
(para su posterior entierro en el Cementerio de)

A tale fine allega (a tal fin adjunta):

- fotocopia del documento di identità del defunto (copia del documento de identificación del difunto)
- atti di morte emessi dal Registro Civile (certificado literal e internacional de defunción)
- ricevuta di pagamento della tariffa consolare di € 41,00 (Banco Santander, c/c IBAN: ES08.0030.1126.4500.0155.4271, causale "Passaporto mortuario + nome defunto") (Recibo de pago tasa consular de 41,00 € (Banco Santander, c/c IBAN: ES08.0030.1126.4500.0155.4271, concepto "Passaporto mortuario + nombre fallecido").

Nell'ipotesi di ceneri (en el supuesto de cenizas):

- certificato di cremazione (certificado de cremación)

Nell'ipotesi di salma (en el supuesto de cadaver):

- Certificato medico di morte (Certificado médico de defunción)
- Autorizzazione per la tumulazione (Licencia para dar sepultura).
- Autorizzazione sanitaria al trasporto (Autorización sanitaria al traslado).

Luogo e data: Firma:

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.

El firmante declara tener pleno conocimiento de la normativa sobre la protección de datos personales relativa a los servicios consulares, en virtud del Reglamento General sobre la Protección de Datos (UE) 2016/679.

La presente richiesta dovrà essere inoltrata per posta/corriere urgente al seguente indirizzo (la presente solicitud deberá ser enviada por correo postal/mensajería a la siguiente dirección): Cancelleria Consolare dell'Ambasciata d'Italia in Madrid - C/Agustín de Betancourt, n. 3 – 28003 Madrid - anticipandola via email a (anticipándola por e-mail a): notarile.madrid@esteri.it e sociale.madrid@esteri.it