

Allegato 2 – Scambio dati cause morte con ISTAT, comuni e ASL

1.INTRODUZIONE.....

2.SCHEMI DATI DELLA DENUNCIA DELLE CAUSE DI MORTE (SCHEDA DI MORTE)

2.1 Scheda di morte oltre il 1° anno di vita (ISTAT MODELLO D4 – Ediz. 2024)

2.2 Scheda di morte nel 1° anno di vita (ISTAT MODELLO D4bis – Ediz. 2024)

3.PROCESSO DI INVIO DELLA DENUNCIA DELLE CAUSE DI MORTE (SCHEDA DI MORTE)

3.1 Invio della denuncia delle cause di morte (parte A) al Sistema TS

3.2 Controllo dati e precompilazione

3.3 Invio della denuncia delle cause di morte (parte A) ad ANPR

3.4 Invio della denuncia delle cause di morte (parte A) a ISTAT

3.5 Acquisizione della denuncia delle cause di morte (parte B) da ANPR.....

3.6 Invio della denuncia delle cause di morte (parte A e parte B) ad ISTAT, alla ASL di residenza e alla ASL di decesso

3.7 Disposizioni transitorie.....

4.SPECIFICHE TECNICHE



1. INTRODUZIONE

Il presente allegato ha lo scopo di definire le modalità tecniche per lo scambio dati tra il Sistema TS, ISTAT, ANPR e le ASL.

Nei casi previsti, l'invio dei documenti informatici dal Sistema TS ai comuni attraverso ANPR è regolato dall'articolo 5 del presente decreto.

Le informazioni vengono acquisite dall'ISTAT per le sole finalità statistiche.

Per l'invio dei seguenti schemi dati verso ISTAT e le ASL non è richiesta la firma apposta dal Sistema TS, in quanto si tratta di uno scambio dati non finalizzato alla formazione di atti, come invece avviene nel caso di ANPR.

2. SCHEMI DATI DELLA DENUNCIA DELLE CAUSE DI MORTE (SCHEDA DI MORTE)

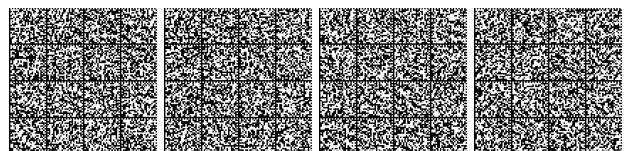
Di seguito sono riportati gli schemi dati aggiornati (in base all'articolo 2, comma 2, lettera c del decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 166) della scheda di morte.

2.1 Scheda di morte oltre il 1° anno di vita (ISTAT MODELLO D4 – Ediz. 2024)

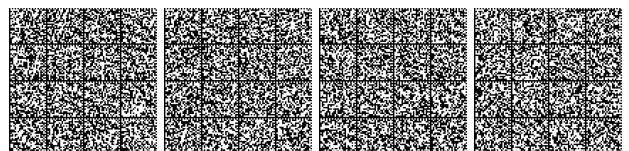
Sezione	Campo	Note	Fonte (chi verifica il dato)
PARTE A - A CURA DEL MEDICO			
	Sesso	Maschio, Femmina	Sistema TS
	Cognome della persona defunta		
	Nome della persona defunta		
	Data di nascita		
	Età presunta	In anni compiuti (Compilare solo se la data di nascita è sconosciuta)	
	Codice fiscale		
	Numero di ricezione	Collegamento con l'avviso di decesso e il certificato necroscopico (se disponibile)	
Rettifica (da compilare solo in caso di rettifica)			
	Motivo della nuova certificazione	Indicare un valore tra: errore, riscontro diagnostico, autopsia	Medico
	Conferma delle cause di morte della certificazione originale	Selezionare SI oppure NO (Da compilare solo in caso di riscontro diagnostico o autopsia)	Medico
1. Luogo del decesso			
	1. Abitazione	Selezionare un solo valore	Sistema TS
	2. Istituto di cura (pubblico - privato – accreditato)		
	3. Hospice		
	4. Struttura residenziale socio-sanitaria per anziani non autosufficienti		
	5. Altra struttura residenziale socio-sanitaria		
	6. Struttura residenziale socio-assistenziale		
	7. Istituto di pena		



	8. Altro (specificare)		
	Specifica di altro luogo del decesso		
Territorio in cui è avvenuto il decesso	Comune		
	Provincia		
	Codice ASL		Sistema TS
2. Riscontro diagnostico			
	E' stato richiesto?	SI, NO	Medico
3.Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita			
	Nessuna gravidanza		
	Morte in gravidanza		
	Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza	Selezionare un solo valore	Medico
	Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza		
	Informazione sconosciuta		
4. Parte I	CAUSA DI MORTE: Sequenza di condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che ha condotto a morte	In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante – In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9	Medico
	1 – Patologia o trauma	Testo libero. Scegliere la SOLA patologia o trauma che ha dato inizio alla sequenza	Medico
	1 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	2 –Patologia o trauma	Testo libero	Medico
	2 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	3 – Patologia o trauma	Testo libero	Medico
	3 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	4 – Patologia o trauma	Testo libero	Medico
	4 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
4. Parte II	Altri stati morbosi rilevanti	Indicare altre condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4.Parte I, ma che hanno contribuito al decesso	
	1 - Patologia o trauma		Medico
	1 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	2 - Patologia o trauma		Medico
	2 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	3 - Patologia o trauma		Medico
	3 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)			



5. Evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato nel quesito 4. Parte I		Testo libero (Es: caduta da scala a pioli, impiccamento, colpo di fucile, violenza sessuale, ...) Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)	Medico
6. Modalità del traumatismo/avvelenamento		(indicare la più verosimile, compilare sempre	
	Accidentale (include incidenti da trasporto).	Selezionare un solo valore	Medico
	Suicidio		
	Omicidio		
	6.1 Se "Accidentale" specificare: Infortunio sul lavoro	SI, NO (da compilare solo se selezionato "Accidentale" al punto 6)	Medico
7. In caso di incidente da trasporto specificare anche			
	7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente	Testo libero (Se pedone scrivere "a piedi")	Medico
	7.2 Ruolo della vittima	Scegliere uno tra i seguenti valori: Pedone, guidatore, passeggero, Persona intenta nel salire o nello scendere dal veicolo	Medico
	7.3 Tipo di incidente	Testo libero (Es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)	Medico
	7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto. In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto.	Testo libero (Es. albero, motocicletta, autobus, etc.) (es. treno, autobus, trattore etc.)	Medico
8. Data dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento			
	Giorno, mese, anno		Medico
	Orario		Medico
9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento			
	Casa	Selezionare un solo valore	Medico
	Istituzione collettiva		
	Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione		
	Luogo dedicato a attività sportive		
	Strade e vie		
	Luogo di commercio e servizio		
	Area industriale e di costruzione		
	Azienda agricola		
	Altri luoghi (specificare)		
	Specifica di altro		
Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate			
	Data		Medico
	Conferma della correttezza dei dati	Selezionare "SI"	Medico
	MMG o PLS	Selezionare un solo valore	Medico
	Necroscopo		Medico
	Medico ospedaliero		Medico
	Medico legale		Medico
	Altro medico		Medico
Telefono del medico o della struttura			
	Telefono	Opzionale	Medico



PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE			
	Sesso	Maschio, Femmina	Sistema ANPR
	CODICE FISCALE del/la defunto/a		Sistema ANPR
	Atto di morte – Numero		Sistema ANPR
	Atto di morte – Parte	I, II	Sistema ANPR
	Atto di morte – Serie	B, C	Sistema ANPR
	Ufficio di stato civile - Circoscrizione	Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni	Sistema ANPR
	Comune - Codice ISTAT e denominazione		Sistema ANPR
	Provincia – Sigla e denominazione		Sistema ANPR
1. Data di morte			
	Giorno, mese, anno		Sistema ANPR
	Orario		Sistema ANPR
2. Data di nascita			
	Giorno, mese, anno		Sistema ANPR
3. Località di nascita			
		Selezionare un solo valore tra 1, 2, 3	
	1. Stesso comune di morte		Sistema ANPR
	2. Altro Comune		Sistema ANPR
	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Comune		Sistema ANPR
	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Provincia		Sistema ANPR
	3. Stato estero		Sistema ANPR
	Stato estero (specificare stato estero)		Sistema ANPR
4. Età compiuta			
	Anni		Sistema ANPR
5. Stato civile			
	Celibe/Nubile	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Coniugato/a		Sistema ANPR
	Vedovo/a		Sistema ANPR
	Divorziato/a o già coniugato/a (Per "già coniugato/a" si intende la persona che ha ottenuto lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili ai sensi della legge 1 dicembre 1970, n. 898)		Sistema ANPR
	Separato/a legalmente		Sistema ANPR
	Unito/a civilmente		Sistema ANPR
	Già in unione civile (per decesso del partner)		Sistema ANPR
	Già in unione civile (per scioglimento unione)		Sistema ANPR
	Se coniugato/a o unito/a civilmente o separato/a legalmente indicare: Anno di nascita del coniuge o del partner superstite		Sistema ANPR
	Se coniugato/a o unito/a civilmente o separato/a legalmente indicare: Anno di matrimonio o di unione civile		Sistema ANPR
6. Residenza			
		Selezionare un solo valore tra 1, 2, 3	
	1. Stesso comune di morte		Sistema ANPR
	2. Altro Comune		Sistema ANPR
	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Comune		Sistema ANPR

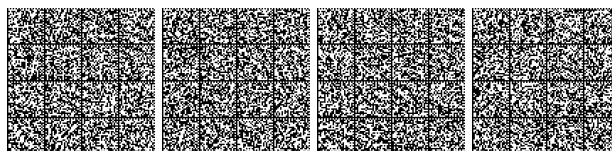


	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Provincia		Sistema ANPR
	3. Stato estero		Sistema ANPR
	Stato estero (specificare stato estero)		Sistema ANPR
7. Grado di istruzione			
	Laurea	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Diploma universitario o laurea breve		Sistema ANPR
	Diploma di scuola media superiore		Sistema ANPR
	Licenza di scuola media inferiore		Sistema ANPR
	Licenza elementare o nessun titolo		Sistema ANPR
8. Condizione professionale o non professionale			
	1. Occupato/a	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	2. Disoccupato/a		Sistema ANPR
	3. In cerca di prima occupazione		Sistema ANPR
	4. Ritirato/a dal lavoro		Sistema ANPR
	5. Casalingo/a		Sistema ANPR
	6. Studente		Sistema ANPR
	7. Inabile al lavoro		Sistema ANPR
	8. Altro (compreso servizio di leva o servizio civile)		Sistema ANPR
9. Posizione nella professione		Da compilare solo se al quesito 8 è indicato 1 o 2	
Per lavoratori/lavoratrici autonome			
	Imprenditore/imprenditrice o libero professionista	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante		Sistema ANPR
	Altro		Sistema ANPR
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti			
	Dirigente o direttivo	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Impiegato/a o intermedio		Sistema ANPR
	Operaio o assimilato		Sistema ANPR
	Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)		Sistema ANPR
10. Cittadinanza			
	Italiana - Per nascita	Specificare stato estero	Sistema ANPR
	Italiana - Acquisita		Sistema ANPR
	Straniera – Specificare stato estero		Sistema ANPR
	Non conosciuta		Sistema ANPR
Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile			
	Conferma della correttezza dei dati	Selezionare "SI"	Sistema ANPR
	Tel.		Sistema ANPR
	E-mail		Sistema ANPR



2.2 Scheda di morte nel 1° anno di vita (ISTAT MODELLO D4bis – Ediz. 2024)

Sezione	Campo	Note	Fonte (chi verifica il dato)
PARTE A - A CURA DEL MEDICO			
	Sesso	Maschio, Femmina	Sistema TS
	Cognome della persona defunta		
	Nome della persona defunta		
	Data di nascita		
	Età presunta	In ore o giorni o mesi (Compilare solo se inferiore al giorno di vita o se non si conosce con esattezza la data di nascita)	
	Codice fiscale		
	Codice Fiscale Madre		
	Codice Fiscale Padre		
	Numero di ricezione	Collegamento con l'avviso di decesso e il certificato necroscopico (se disponibile)	
Rettifica (da compilare solo in caso di rettifica)			
	Motivo della nuova certificazione	Indicare un valore tra: errore, riscontro diagnostico, autopsia	Medico
	Conferma delle cause di morte della certificazione originale	Selezionare SI oppure NO (Da compilare solo in caso di riscontro diagnostico o autopsia)	Medico
1. Luogo del decesso			
	1. Abitazione	Selezionare un solo valore	Sistema TS
	2. Istituto di cura (pubblico - privato – accreditato)		
	3. Struttura residenziale socio-sanitaria o socio-assistenziale		
	4. Altro (specificare)		
	Specifica di altro luogo del decesso		
Territorio in cui è avvenuto il decesso	Comune		
	Provincia		
2. Riscontro diagnostico			
	E' stato richiesto?	SI, NO	Medico
3. Informazioni rilevanti			
	Peso alla nascita	Grammi	Medico
	Età gestazionale alla nascita	Settimane	Medico
	Parità		Medico
	Età della madre	Anni	Medico
4. Parte I	CAUSA DI MORTE: Sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte	In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante – In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9	
	1 - Patologia o trauma	Testo libero. Scegliere la SOLA patologia o trauma che ha dato inizio alla sequenza. Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima.	Medico
	1 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	2 - Patologia o trauma	Testo libero	Medico
	2 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	3 - Patologia o trauma	Testo libero	Medico



	3 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	4 - Patologia o trauma	Testo libero	Medico
	4 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
4. Parte II	Altri stati morbosi rilevanti	Indicare altre condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4.Parte I, ma che hanno contribuito al decesso	
	1 - Patologia o trauma		Medico
	1 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	2 - Patologia o trauma		Medico
	2 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
	3 - Patologia o trauma		Medico
	3 - Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte	testo libero composto da numero + unità di tempo	Medico
Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)			
5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I		Testo libero (es: soffocamento da corpo estraneo, caduta dal gradino, contatto con filo percorso da corrente elettrica, ecc.) Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)	Medico
6. Modalità del traumatismo/avvelenamento		(indicare la più verosimile, compilare sempre)	
	Accidentale (include incidenti da trasporto).	Selezionare un solo valore	Medico
	Omicidio		Medico
7. In caso di incidente da trasporto specificare anche			
	7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente	Testo libero (se pedone scrivere "a piedi")	Medico
	7.2 Ruolo della vittima	Selezionare un solo valore Pedone (in passeggino, in braccio, ecc.), passeggero	Medico
	7.3 Tipo di incidente	Testo libero (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)	Medico
	7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto. In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto.	Testo libero (es. albero, motocicletta, autobus, etc.) (es. treno, autobus, trattore etc.)	Medico
8. Data dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento			
	Giorno, mese, anno		Medico
	Orario		Medico
9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento			
	Casa	Selezionare un solo valore	Medico
	Istituzione collettiva		Medico



	Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione		Medico
	Luogo dedicato a attività sportive		Medico
	Strade e vie		Medico
	Luogo di commercio e servizio		Medico
	Area industriale e di costruzione		Medico
	Azienda agricola		Medico
	Altri luoghi (specificare)		Medico
	Specifica di altro luogo del decesso		
Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate			
	Data		Medico
	Conferma della correttezza dei dati	Selezionare "SI"	Medico
	MMG o PLS	Selezionare un solo valore	Medico
	Necroscopo		Medico
	Medico ospedaliero		Medico
	Medico legale		Medico
	Altro medico		Medico
Telefono del medico o della struttura			
	Telefono	Opzionale	Medico
PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE			
	Sesso	Maschio, Femmina	Sistema ANPR
	Codice fiscale del/la defunto/a		Sistema ANPR
	Codice fiscale del padre		Sistema ANPR
	Codice fiscale della madre		Sistema ANPR
	Atto di morte – Numero		Sistema ANPR
	Atto di morte – Parte	I, II	Sistema ANPR
	Atto di morte – Serie	B, C	Sistema ANPR
	Ufficio di stato civile - Circoscrizione	Solo per i comuni che presentano una suddivisione del territorio in circoscrizioni	Sistema ANPR
	Comune - Codice ISTAT e denominazione		Sistema ANPR
	Provincia – Sigla e denominazione		Sistema ANPR
1. Data di morte			
	Giorno, mese, anno		Sistema ANPR
	Ora, minuti		Sistema ANPR
2. Data di nascita			
	Giorno, mese, anno		Sistema ANPR
	Ora, minuti		Sistema ANPR
3. Località di nascita		Selezionare un solo valore tra 1, 2, 3	
	1. Stesso comune di morte		Sistema ANPR
	2. Altro Comune		Sistema ANPR
	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Comune		Sistema ANPR
	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Provincia		Sistema ANPR
	3. Stato estero		Sistema ANPR
	Stato estero (specificare stato estero)		Sistema ANPR
4. Età compiuta			
	Fino a 23 ore compiute indicare il n. di ore		Sistema ANPR
	Da 24 ore fino a 29 gg. compiuti indicare il n. di gg.		Sistema ANPR
	Da 30 gg. compiuti fino ad 1 anno indicare il n. dei mesi		Sistema ANPR
5. Genere del parto			
	Parto semplice	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Parto plurimo		Sistema ANPR



6. Filiazione			
	Legittima	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Naturale riconosciuta solo dalla madre		Sistema ANPR
	Solo dal padre		Sistema ANPR
	Da entrambi i genitori		Sistema ANPR
	Naturale non riconosciuta e di filiazione ignota		Sistema ANPR
7. Data di nascita della madre	Giorno, mese, anno		Sistema ANPR
8. Residenza della madre		Selezionare un solo valore tra 1, 2, 3	
	1. Stesso comune di morte		Sistema ANPR
	2. Altro Comune		Sistema ANPR
	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Comune		Sistema ANPR
	Altro Comune – (specificare comune e provincia) - Provincia		Sistema ANPR
	3. Stato estero		Sistema ANPR
	Stato estero (specificare stato estero)		Sistema ANPR
9. Grado di istruzione dei genitori			
Padre	Laurea	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Diploma universitario o laurea breve		Sistema ANPR
	Diploma di scuola media superiore		Sistema ANPR
	Licenza di scuola media inferiore		Sistema ANPR
	Licenza elementare o nessun titolo		Sistema ANPR
Madre	Laurea	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Diploma universitario o laurea breve		Sistema ANPR
	Diploma di scuola media superiore		Sistema ANPR
	Licenza di scuola media inferiore		Sistema ANPR
	Licenza elementare o nessun titolo		Sistema ANPR
10. Condizione professionale o non professionale dei genitori			
Padre	1. Occupato/a	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	2. Disoccupato/a		Sistema ANPR
	3. In cerca di prima occupazione		Sistema ANPR
	4. Ritirato/a dal lavoro		Sistema ANPR
	5. Casalingo/a		Sistema ANPR
	6. Studente		Sistema ANPR
	7. Inabile al lavoro		Sistema ANPR
	8. Altro (compreso servizio di leva o servizio civile)		Sistema ANPR
Madre	1. Occupato/a	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	2. Disoccupato/a		Sistema ANPR
	3. In cerca di prima occupazione		Sistema ANPR
	4. Ritirato/a dal lavoro		Sistema ANPR
	5. Casalingo/a		Sistema ANPR
	6. Studente		Sistema ANPR
	7. Inabile al lavoro		Sistema ANPR
	8. Altro (compreso servizio civile)		Sistema ANPR
11. Posizione nella professione dei genitori		Da compilare solo se al quesito 10 è indicato 1 o 2	
Per lavoratori/lavoratrici autonomi/e			
Padre	Imprenditore o libero professionista	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Lavoratore in proprio o coadiuvante		Sistema ANPR
	Altro		Sistema ANPR
Madre	Imprenditore o libero professionista	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Lavoratore in proprio o coadiuvante		Sistema ANPR
	Altro		Sistema ANPR
Per lavoratori/lavoratrici dipendenti			
Padre	Dirigente o direttivo	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Impiegato/a o intermedio		Sistema ANPR
	Operaio o assimilato		Sistema ANPR
	Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)		Sistema ANPR
Madre	Dirigente o direttivo	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR



	Impiegato/a o intermedio		Sistema ANPR
	Operaio o assimilato		Sistema ANPR
	Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.)		Sistema ANPR
12. Cittadinanza dei genitori			
Padre	Italiana - Per nascita	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Italiana - Acquisita		Sistema ANPR
	Straniera – Specificare stato estero		Sistema ANPR
	Non conosciuta		Sistema ANPR
Madre	Italiana - Per nascita	Selezionare un solo valore	Sistema ANPR
	Italiana - Acquisita		Sistema ANPR
	Straniera – Specificare stato estero		Sistema ANPR
	Non conosciuta		Sistema ANPR
Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile			
	Conferma della correttezza dei dati	Selezionare "SI"	Sistema ANPR
	Tel.		Sistema ANPR
	E-mail		Sistema ANPR

