

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI RESIDENZA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ Stato _____ il _____
(giorno/-mese/ anno)

residente al seguente indirizzo: _____

Città _____ Stato _____ CAP _____

Tel.: ____ - _____ -- Mob.: ____ - _____ e-mail: _____

CHIEDE il rilascio del certificato di residenza di:

Nome _____

Cognome _____

Luogo nascita _____

Data nascita _____

Altra Cittadinanza _____

Nome e Cognome del Padre _____

Nome e Cognome da nubile della Madre _____

A tal fine acclude il pagamento della somma di ILS.....

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 di Dati (UE) 2016/679

Data _____ Firma _____

Allegare la fotocopia di un documento d'identità valido.