

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____
qualifica _____
in servizio presso _____
oppure pensionato dello stato

CHIEDE IL RILASCIO DELLA TESSERA DI RICONOSCIMENTO

a se medesimo (oppure)
 al familiare _____
relazione di parentela _____

nato a _____	provincia _____	il _____
residente in _____	via _____	
stato civile _____	statura _____	
Num. Telef. _____	capelli _____	
E-mail _____	occhi _____	
segni particolari		

ha figli a carico	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
esiste provvedimento di separazione legale o contestuale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
acconsente che la tessera sia resa valida per l'espatrio	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Il sottoscritto dichiara che la fotografia allegata è quella della persona a cui si riferisce la presente richiesta e che i dati trascritti rispondono a verità.

Annotazioni: _____

data _____ (firma del richiedente leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Rilasciata Tessera mod. _____ n. _____ il _____