

**Ufficio destinatario**

***Ai sensi dell'articolo 18, comma 1-bis del Regolamento Regionale 04/08/2017, n. 4***

|                    |        |                |       |                             |         |                |                               |       |     |     |
|--------------------|--------|----------------|-------|-----------------------------|---------|----------------|-------------------------------|-------|-----|-----|
| Cognome            |        |                | Nome  |                             |         | Codice Fiscale |                               |       |     |     |
| Data di nascita    |        |                | Sesso | Luogo di nascita            |         |                | Cittadinanza                  |       |     |     |
| Residenza          |        |                |       |                             |         |                |                               |       |     |     |
| Provincia          | Comune | Indirizzo      |       | Civico                      | Barrato | Interno        | Scala                         | Piano | SNC | CAP |
|                    |        |                |       |                             |         |                |                               |       |     |     |
| Telefono cellulare |        | Telefono fisso |       | Posta elettronica ordinaria |         |                | Posta elettronica certificata |       |     |     |
|                    |        |                |       |                             |         |                |                               |       |     |     |

| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|-----------|--------|-----------|--------|---------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
|           |        |           |        |         |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

il rilascio dell'autorizzazione all'ampliamento del nucleo familiare

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--|
| Cognome              |                      |                      | Nome                 |                      |                      | Codice Fiscale       |                      |                      |                          |                      |  |
| <input type="text"/> |                      |                      | <input type="text"/> |                      |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                          |                      |  |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                      |                      | Cittadinanza         |                      |                      |                          |                      |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      | <input type="text"/> |                      |                      |                          |                      |  |
| Residenza            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |  |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico               | Barrato              | Interno              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |  |

**Sede lavorativa**

Provincia

Comune

Professione

Data dalla quale sarà ampliato il nucleo familiare

Stato Civile

**Grado di parentela**

- ☐ ascendente di primo grado
- ☐ discendente di primo grado

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)****Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- ☒ pagamento dell'imposta di bollo
- ☐ copia del documento d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- ☐ altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali***(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Borgo Virgilio

Luogo

Data

il dichiarante