

SEGNALAZIONE PERSONE IRREPERIBILI

Art. 47 DPR 445/2000, comma 2

Il sottoscritto/a			
Codice Fiscale			
Cittadinanza			
Nato/a a		Prov.	il
Residente in		Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.		n°	
e-mail		Telefono	
In qualità di:			
<input type="checkbox"/> proprietario/a dell'abitazione	<input type="checkbox"/> parente (specificare)		
<input type="checkbox"/> convivente	<input type="checkbox"/> altro (specificare)		

consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, e informato/a che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del DLgs 196/2003

DICHIARA

che le persone sotto indicate:

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

non hanno più dimora abituale al seguente indirizzo:

Via/Fraz/Loc.	n°
---------------	----

a far data dal in quanto:

<input type="checkbox"/> Trasferite senza lasciar traccia	
<input type="checkbox"/> Trasferite a	
Comune di	CAP
Via/Fraz/Loc.	n°
<input type="checkbox"/> Fine rapporto di lavoro con il/la Sig./ra	

Toritto, li

Il/La dichiarante

.....

Se la dichiarazione non è firmata in presenza dell'addetto, allegare fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore