


	Amministrazione destinataria Regione Campania Ufficio destinatario Ufficio	
--	---	--

Richiesta di attestazione di iscrizione anagrafica per cittadini comunitari
Ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 06/02/2007, n. 30

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

CHIEDE

il rilascio dell'attestazione di regolare soggiorno

<input type="checkbox"/>	per se stesso																				
<input type="checkbox"/>	per i seguenti componenti della propria famiglia																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nome</th> <th style="width: 25%;">Cognome</th> <th style="width: 25%;">Codice fiscale</th> <th style="width: 25%;">Grado di parentela</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Nome	Cognome	Codice fiscale	Grado di parentela																
Nome	Cognome	Codice fiscale	Grado di parentela																		
pertanto allega documentazione attestante la condizione familiare																					

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere cittadino appartenente alla Comunità Europea
- di essere in possesso di risorse economiche sufficienti al soggiorno e di copertura sanitaria, pertanto allega copia della polizza assicurativa che attesta la copertura sanitaria

(obbligatorio se il richiedente è nella condizione di disoccupato o iscritto presso un istituto pubblico o privato per frequentare un corso di studi)

DICHIARA INOLTRE

di occupare la seguente posizione lavorativa

<input type="radio"/>	lavoratore dipendente pertanto allega documentazione attestante la condizione di lavoratore dipendente
<input type="radio"/>	lavoratore autonomo pertanto allega documentazione attestante la condizione di lavoratore autonomo
<input type="radio"/>	è nella condizione di disoccupato pertanto allega documentazione attestante l'iscrizione al centro per l'impiego pertanto allega documentazione attestante il possesso delle risorse economiche
<input type="radio"/>	è iscritto presso un istituto pubblico o privato per frequentare un corso di studi, pertanto allega documentazione attestante la condizione di studente pertanto allega documentazione attestante il possesso delle risorse economiche

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input type="checkbox"/>	copia della polizza assicurativa che attesta la copertura sanitaria
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante la condizione familiare
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante la condizione di lavoratore dipendente
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante la condizione di lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante l'iscrizione al centro per l'impiego
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante la condizione di studente
<input type="checkbox"/>	documentazione attestante il possesso delle risorse economiche
<input checked="" type="checkbox"/>	pagamento dell'imposta di bollo
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Napoli		
Luogo	Data	Il dichiarante