

DICHIARAZIONE DI CONOSCENZA PER TRASFERIMENTO DI RESIDENZA DI MINORE

Il sottoscritto – i sottoscritti

| | |
|-------------------------|--|
| Cognome e nome | |
| Luogo e data di nascita | |
| Residente nel Comune di | |
| Indirizzo | |
| Telefono | |
| email | |

| | |
|-------------------------|--|
| Cognome e nome | |
| Luogo e data di nascita | |
| Residente nel Comune di | |
| Indirizzo | |
| Telefono | |
| email | |

in qualità di genitore/i – tutore/i del minore di seguito indicato

DICHIARA/DICHIARANO

di essere a conoscenza delle pene previste dall'art.76 del d.P.R. n.445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, o di esibizione di atto falso contenente dati non più corrispondenti a verità;

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE IL MINORE

| | |
|-------------------------|--|
| Cognome e nome | |
| Luogo e data di nascita | |

TRASFERISCA LA RESIDENZA A GAVORRANO

| | |
|-----------------------|--|
| Al seguente indirizzo | |
| presso | |

Si allega fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Luogo e data

| | |
|-------|--|
| firma | |
| firma | |