

**DICHIARAZIONE RESA DA ALTRA PERSONA
DECLARATION ISSUED BY A THIRD PERSON
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
DECLARATION IN LIEU OF CERTIFICATION AND AFFIDAVIT**

ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000

pursuant to art. 47 of the Decree of the President of the Italian Republic no. 445/2000

Il sottoscritto/I, **the undersigned** (Name, Surname) _____
 nato il/**born on** (date) _____ a/in (place) _____
 residente a/**address of residence** (address) _____ (city) _____ (country)

 domiciliato a/**temporary address** (address) _____ (city) _____
 tel./**phone** _____

(Eventuale codice fiscale/**Tax Identification number if available** _____)

*consapevole che, ai sensi dell' art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal medesimo decreto costituisce condotta punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia/**aware of the fact that issuing untruthful declarations or drafting or using false documents constitutes punishable conduct under the criminal code and special laws on the matter, pursuant to art. 76 of the Decree of the President of the Italian Republic no. 445 of 28 December 2000.***

DICHIARA/DECLARE THAT

che il-la proprio-a figlio-a/**My son/daughter**
 nato il/**born on** (date) _____ a/in (place) _____
 residente a/**address of residence** (address) _____ (city) _____ (country)

 domiciliato a/**temporary address** (address) _____ (city) _____
 (Eventuale codice fiscale/**Tax Identification number if available** _____)

- è cittadino/a comunitario/a di cittadinanza (Stato)/**is an EU citizen and holds the following citizenship (Country)** _____
- non è iscritto all'anagrafe dei residenti/**is not registered in the Italian registry of resident population**
- non possiede i requisiti per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale/**does not meet the requirements for registration with the National Health Service**
- è privo di assicurazione sanitaria privata o di diritto all'assistenza sanitaria a carico dello Stato di residenza/**has no private health insurance or the right to health care paid by the Country of residence**
- è privo di risorse economiche sufficienti/**has no sufficient economic resources**
- è presente stabilmente da più di tre mesi sul territorio italiano/**has been uninterruptedly**

present on the Italian territory for more than three months.

*Il/La sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy) è informato che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo/I, **the undersigned, am informed of the fact that the aforementioned data are compulsory for the purposes of the procedure for which they are requested and will be used exclusively for this purpose, pursuant to art. 13 of the Legislative Decree no. 196/2003 and subsequent amendments and additions (Privacy Code).***

Luogo e data
Place and date

In fede
In good faith

SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO/RESERVED TO THE ADMINISTRATION

Dichiarazione sottoscritta, in presenza del dipendente addetto, dall'interessato/a identificato/a mediante il documento/**This declaration was signed in the presence of the employee who ascertained the identity of the declarant.**

TIPO _____ e n. _____ rilasciato da _____, che si allega in copia. Si allega, altresì, copia del documento che attesta la relazione di parentela

ID TYPE _____ and no. _____ issued by _____, in attachment.

In addition, in attachment copy of the document certifying the family relationship.

LUOGO E DATA
PLACE AND DATE

IL DIPENDENTE ADDETTO
SIGNATURE OF THE EMPLOYEE

CODICE ASSEGNATO/ASSIGNED CODE |_E_|_N_|_|_0_|_6_|_0_|_1_|_0_|_1_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATA ASSEGNAZIONE/ASSIGNMENT DATE _____

DATA SCADENZA/EXPIRY DATE _____