



SEGNALAZIONE PERSONE IRREPERIBILI

Il/La Sottoscritto/a

Cognome Nome
nato/a , Prov. () Nazione il
Cittadinanza C.F.
residente in , prov. ()
indirizzo , n. piano interno
tel. Fisso , cell. , e-mail

in qualità di:

Proprietario/a dell'abitazione

Parente (specificare)

Convivente

Altro (specificare)

consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

che le persone sotto indicate:

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

non hanno più la dimora abituale all'indirizzo

n. piano interno

In quanto:

Trasferite senza lasciare recapito;

Trasferite in (indicare Comune e indirizzo):

Fine rapporto di lavoro con il/la Sig./Sig.ra:

Santa Maria a Monte,

Firma del dichiarante

Se la firma non viene apposta in presenza del funzionario occorre allegare fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

Il sottoscritto funzionario del Comune di Santa Maria a Monte attesta che il/la Sig./Sig.ra

_____ identificato/a ai sensi di legge mediante

_____ ha apposto la firma di cui sopra in sua presenza.

(L'addetto del Comune) _____