

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a: _____ (____) il ____/____/____

residente a: _____ Prov. _____

in Via / P.za: _____ Nr: _____

DICHIARA DI ACCONSENTIRE

Che al/la proprio/a figlio/a **MINORE**:

Cognome _____ Nome _____

nato a: _____ (____) il ____/____/____

VENGA RILASCIATA LA CARTA D'IDENTITA' VALIDA PER L'ESPATRIO

_____, _____
(luogo) (data)

(firma)

ALLEGARE ALLA PRESENTE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO CON FIRMA LEGGIBILE