

AMBASCIATA D'ITALIA A COPENAGHEN

MODULO DI RICHIESTA DI CERTIFICATO DI RESIDENZA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Prov. _____ Stato _____ il _____
(giorno/mese/ anno)

residente al seguente indirizzo: _____

Città _____ Stato _____ CAP _____ Telefono () ____ - _____

CHIEDE il rilascio del certificato di residenza di:

Nome/	_____
Cognome/	_____
Luogo nascita/	_____
Data nascita/	_____
Cittadinanza/	_____
Nome del Padre/	_____
Nome della Madre/	_____

A tal fine acclude il pagamento della somma di 92,75 DKK

Data/ _____ Firma/ * _____

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ad esclusione di visti e cittadinanza, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

Tale informativa può essere visionata sul sito dell'Ambasciata d'Italia a Copenaghen, all'interno della sezione dedicata alla modulistica.