

Ufficio Scolastico Territoriale di _____

_____ sottoscritto/a _____

in attività di servizio presso _____

con qualifica _____

CHIEDE CHE VENGA RILASCIATA LA TESSERA DI RICONOSCIMENTO – MODELLO BT

AL FAMILIARE -relazione di parentela _____ cognome e nome _____

Nato a _____ prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ via _____

Statura _____ capelli _____ occhi _____ segni particolari _____

AL FAMILIARE -relazione di parentela _____ cognome e nome _____

Nato a _____ prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ via _____

Statura _____ capelli _____ occhi _____ segni particolari _____

AL FAMILIARE -relazione di parentela _____ cognome e nome _____

Nato a _____ prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ via _____

Statura _____ capelli _____ occhi _____ segni particolari _____

AL FAMILIARE -relazione di parentela _____ cognome e nome _____

Nato a _____ prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ via _____

Statura _____ capelli _____ occhi _____ segni particolari _____

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità:

- che nessuno dei propri familiari sopraindicati si trova in alcuna delle condizioni ostative al rilascio del passaporto documento equipollente, di cui all'art. 3 lettere b,d,e,g. della legge 1185/67
- di essere a conoscenza delle disposizioni dettate dal D.P.R. n 649 del 6/8/1974 " Disciplina dell'uso della carta di identità e degli altri documenti equipollenti al passaporto ai fini dell'espatrio"
- che i dati descritti rispondono a verità e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dalla normativa vigente per le dichiarazioni mendaci
- che le fotografie allegate sono relative ai propri familiari

Data ____/____/____

(firma del richiedente)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Tessera rilasciata **mod. BT** n° _____ il ____/____/____

Annotazioni :

