

Ufficio Scolastico Territoriale di _____

__sottoscritto/a_____

in attività di servizio presso _____

con qualifica _____

CHIEDE CHE VENGA RILASCIATA LA TESSERA DI RICONOSCIMENTO – MODELLO AT

A SE MEDESIMO

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

Residente in _____ via _____

stato civile _____

Statura _____ capelli _____ occhi _____ segni particolari _____

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| - Percepisce gli assegni familiari | Sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Esiste provvedimento di separazione legale o consensuale | Sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Acconsente affinché la tessera sia resa valida per l'espatrio | Sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative al rilascio del passaporto o 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 la fotografia allegata è la propria

Data ____/____/____

(firma del richiedente)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

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

Annotazioni :

