

AMBASCIATA D'ITALIA-MAPUTO

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

Data/ _____ Firma/ _____