

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

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

residente al seguente indirizzo: _____

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

CHIEDE

Nome/ _____

Cognome/ _____

Luogo nascita/ _____

Data nascita/ _____

Luogo e data di decesso _____

Cittadinanza/ _____

Nome del Padre/ _____

Nome della Madre/ _____

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

Data/ _____ Firma/ _____