

Richiesta TESSERA DI
RICONOSCIMENTO
MODELLO BT

Ministero Istruzione Università e Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Ufficio VII – Ambito Territoriale di SAVONA

___ 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 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 trascritti 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 :

