

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome	
Nome	Data di nascita *
Luogo nascita	
Comune di residenza	
Indirizzo di residenza	
Telefono	

### IN QUALITA' DI GENITORE

#### DICHIARA

DI ESSERE D'ACCORDO AL TRASFERIMENTO DI RESIDENZA DEL FIGLIO:

Cognome*	
Nome*	Data di nascita *
Luogo nascita*	

al seguente indirizzo:

Comune* SAN MAURO PASCOLI		Provincia*FC
Via/Piazza *		Numero civico*
Scala	Piano	Interno

con l'altro genitore:

Cognome *	Nome *
Luogo *	Data di nascita *

DATA \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**N.B.: Allegare fotocopia documento di riconoscimento.**

La presente dichiarazione sottoscritta può essere presentata, direttamente allo sportello o inviata a:

Comune di San Mauro Pascoli – Ufficio Anagrafe:

mail: demografici@comune.sanmauropascoli.fc.it.fc.it