


**Amministrazione destinataria**

Comune di Cervia

**Ufficio destinatario**

Demografici-Ufficio Anagrafe

**Domanda copie integrali atti di stato civile**

***Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 30/05/1989, n. 223 e del Decreto del Presidente della Repubblica 03/11/2000, n. 396***

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Piano	SNC <input type="checkbox"/>
					CAP <input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

il rilascio di copia integrale dell'atto di

<input type="radio"/> matrimonio
Avvenuto in data <input type="text"/>
<input type="radio"/> morte
Avvenuta a <input type="text"/>
<input type="radio"/> nascita
<input type="radio"/> unione civile
<input type="radio"/> cittadinanza
<input type="radio"/> accordi di separazione/divorzio avvenuti presso l'ufficio di Stato Civile di Bergamo in data
Data <input type="text"/>

**Soggetto interessato**

- riferito a sè stesso
- riferito alla persona di seguito specificata

**soggetto interessato**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)			
<input type="text"/>			

**ad uso****Uso del certificato****Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

Il dichiarante