

Al Sindaco

Comune di

**SEGNALAZIONE PERSONE IRREPERIBILI**

Art. 47 DPR 445/2000, comma 2

Il/la sottoscritto/a		
Codice fiscale		
Cittadinanza		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.	n°	
e-mail	Telefono	
In qualità di:		
<input type="checkbox"/> proprietario/a dell'abitazione	<input type="checkbox"/> parente (specificare)	
<input type="checkbox"/> convivente	<input type="checkbox"/> altro (specificare)	

consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, e informato/a che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del DLgs 196/2003

**DICHIARA**

che le persone sotto indicate:

1.	4.
2.	5.
3.	6.

non hanno più dimora abituale al seguente indirizzo:

Via/Fraz/Loc.	n°
---------------	----

a far data dal in quanto:

<input type="checkbox"/> Trasferite senza lasciare recapito	
<input type="checkbox"/> Trasferite a	
Comune di	CAP
Via/Fraz/Loc.	n°
<input type="checkbox"/> Fine rapporto di lavoro con il/la sig./ra	

Il/la dichiarante

Se la dichiarazione non è firmata in presenza dell'addetto, allegare fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.