

	Amministrazione destinataria Regione Valle d'Aosta Ufficio destinatario	
--	---	--

Domanda di iscrizione nel registro della popolazione temporanea per cittadini comunitari non italiani

Ai sensi del Decreto Legislativo 06/02/2007, n. 30

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

CHIEDE

l'iscrizione temporanea nel registro della popolazione

☐	per se stesso																				
☐	per i seguenti componenti della propria famiglia																				
	<table border="1"> <tr> <th>Nome</th> <th>Cognome</th> <th>Codice fiscale</th> <th>Grado di parentela</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Nome	Cognome	Codice fiscale	Grado di parentela																
Nome	Cognome	Codice fiscale	Grado di parentela																		
	pertanto allega documentazione attestante la condizione familiare																				

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ di trovarsi in questo Comune da almeno tre mesi
- ☒ di trovarsi nella condizione di non poter stabilire la propria residenza in questo Comune per il seguente motivo

Motivazione

- ☒ di essere domiciliato al seguente indirizzo

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	Mappa

- ☐ di essere in possesso di risorse economiche sufficienti al soggiorno e di copertura sanitaria, pertanto allega copia della polizza assicurativa che attesta la copertura sanitaria

(obbligatorio se il richiedente è nella condizione di disoccupato o iscritto presso un istituto pubblico o privato per frequentare un corso di studi)

di occupare la seguente posizione lavorativa

☐	lavoratore dipendente
	pertanto allega documentazione attestante la condizione di lavoratore dipendente
☐	lavoratore autonomo
	pertanto allega documentazione attestante la condizione di lavoratore autonomo
☐	è nella condizione di disoccupato
	pertanto allega documentazione attestante l'iscrizione al centro per l'impiego
	pertanto allega documentazione attestante il possesso delle risorse economiche
☐	è iscritto presso un istituto pubblico o privato per frequentare un corso di studi
	pertanto allega documentazione attestante l'iscrizione al centro per l'impiego
	pertanto allega documentazione attestante il possesso delle risorse economiche

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

☐	copia della polizza assicurativa che attesta la copertura sanitaria
☐	documentazione attestante la condizione familiare
☐	documentazione attestante la condizione di lavoratore autonomo
☐	documentazione attestante la condizione di lavoratore dipendente
☐	documentazione attestante l'iscrizione al centro per l'impiego
☐	documentazione attestante la condizione di studente
☐	documentazione attestante il possesso delle risorse economiche
☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	altri allegati (specificare)

(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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante