

**ALL'UFFICIO DELLO STATO CIVILE
DEL COMUNE DI MEDICINA (BO)**

Oggetto: DICHIARAZIONE DI VOLONTA' PER L'ELEZIONE DELLA CITTADINANZA ITALIANA (art.4 comma 2 L.91/1992)

Io sottoscritto/a (cognome/nome)

nato/a il a

residente a Medicina in Via/piazza n.

Telefono Cell.

Cod.Fiscale E-mail

VISTO l'articolo 4, comma 2, della legge 5 febbraio 1992, n. 91

DICHIARO

di voler eleggere la cittadinanza italiana

e, a tali fini, allego alla presente

- copia di documento di identità valido
- atto di nascita;
- certificato di residenza;
- altra documentazione ufficiale utile a dimostrare la permanenza in Italia senza interruzioni di residenza legale (esempio: certificati di frequenza scolastica, certificati di vaccinazione, ecc...);

evidenziare sotto:

INFORMATIVA (ai sensi dell'art. 13 Reg. EU n.679/2016 e del Decreto L.gs.vo 30/06/2003 n. 196)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo n.679/2016 e del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Medicina il

N.B. Ai fini dell'autentica, sottoscrivere in presenza del dipendente ricevente o sottoscrivere e allegare copia di un documento di identità valido

IL DIPENDENTE RICEVENTE

IL DICHIARANTE

.....

.....