

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*PIEVE DI CENTO		Provincia*BO
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 PIEVE DI CENTO – Ufficio Anagrafe:

fax 051 974308

mail: anagrafe@comune.pievedicento.bo.it

pec: comune.pievedicento@pec.renogalliera.it