



# Comune di Gonnosfanadiga

Provincia del Sud Sardegna

## **RICHIESTA CARTA IDENTITÀ ELETTRONICA (costo € 22,21 con pago PA)**

### **DATI ANAGRAFICI**

Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
CF: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Statura: \_\_\_\_\_ cm  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_  
Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

### **DATI DI RESIDENZA**

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ scala/interno \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

### **ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RICHIEDENTE**

Tipo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
In assenza di documento del richiedente è indispensabile la presenza di due testimoni:  
Testimone 1: \_\_\_\_\_  
Testimone 2: \_\_\_\_\_

### **CONTATTI PER MONITORAGGIO SPEDIZIONE E UTILIZZO DELL'APP CIE**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### **INDIRIZZO DI SPEDIZIONE**

- Comune presso l'Ufficio Anagrafe:
- Presso il proprio indirizzo di residenza:
- Altro indirizzo: Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ scala/interno \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

### **DELEGA AL RITIRO**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

### **ALTRI DATI**

Motivo emissione: Primo rilascio  Rinnovo   
Validità per l'espatrio: SI  NO   
Impedimento alla firma del modulo di riepilogo:   
Impossibilitato al rilascio delle impronte digitali:

### **DONAZIONE ORGANI**

Dichiaro la mia volontà alla donazione di organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.

SI	Acconsento alla donazione degli organi (firma) _____
NO	Non acconsento alla donazione degli organi (firma) _____

Non desidero esprimermi riguardo alla donazione degli organi.

(firma) _____
---------------

Il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi degli Artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445 di non trovarsi in alcune delle condizioni ostative al rilascio del passaporto.

Gonnosfanadiga, li \_\_\_\_\_

**Il Richiedente** \_\_\_\_\_