

Marca  
da bollo

All'ufficiale di Anagrafe  
del Comune di Vicovaro

**OGGETTO: RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO DI SOGGIORNO IN ITALIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Cittadino/a \_\_\_\_\_, appartenente all'Unione  
Europea, residente in questo Comune dal \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- non in possesso della carta di soggiorno, richiesta alla Questura in data antecedente l'11 aprile 2007 ed a quella data non ancora rilasciata
- in possesso della carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_ scaduta il \_\_\_\_\_
- iscritto/a in anagrafe per effetto della circolare del Ministero dell'Interno n.38/2006, prot. n.200609660/15100/14864 del 18.10.2006, senza la preventiva esibizione della Carta di soggiorno  richiesta poi alla Questura  non richiesta alla Questura

**CHIEDE**

ai sensi del Decreto Legislativo n. 30 del 6 febbraio 2007, e della Circolare Ministero dell'Interno n. 19 del 6/4/2007 il riconoscimento del diritto di soggiorno in Italia

- per sé  per i propri familiari

A tal scopo, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito del Codice Penale secondo quanto previsto dall'art. 76 D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000), **dichiara**, ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000,  anche per i familiari, di essere:

- lavoratore subordinato  lavoratore autonomo

iscritto presso un istituto  pubblico  privato riconosciuto

di disporre di risorse economiche sufficienti  per sé  per sé e per i propri familiari per il soggiorno pari ad € \_\_\_\_\_, come da circolare Ministero dell'Interno n.19 del 6/4/2007

in possesso di polizza assicurativa che copre i rischi inerenti la propria salute nel territorio nazionale

\_\_\_\_\_

A tal fine allega: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**IL/LA RICHIEDENTE**

Data \_\_\_\_\_

Allega: copia fotostatica documento di identità del sottoscrittore

ovvero:

Firma apposta in presenza del dipendente addetto a riceverla

Modalità di identificazione: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**L'UFFICIALE DI ANAGRAFE**

\_\_\_\_\_