

# NOTIFICA D'ARRIVO FAMIGLIA

## CAPOFAMIGLIA

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

Via / Zona \_\_\_\_\_ NAP / Domicilio \_\_\_\_\_

Nr. Tel. Privato \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Data d'arrivo \_\_\_\_\_ Arrivo da \_\_\_\_\_

Proprietario della casa

Mappale no. \_\_\_\_\_ zona \_\_\_\_\_ n. assicurazione fabbricati \_\_\_\_\_

Inquilino (se inquilino indirizzo del proprietario della casa)

---

### **Allegare copia contratto d'affitto**

Data di nascita \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Nr. AVS 13 cifre \_\_\_\_\_

Paternità \_\_\_\_\_ Maternità \_\_\_\_\_

Attinente di (*nazionalità per gli stranieri e tipo di permesso*) \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Data div. o sep. \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Vedovo/a \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Data matrimonio \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Cassa malati \_\_\_\_\_ Religione \_\_\_\_\_

**(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Incorporato nella protezione civile? Sì  No

Abile al servizio militare? Sì  No

Possessore di un cane? Sì  No  se sì, numero \_\_\_\_\_

## MOGLIE

Cognome \_\_\_\_\_ Nomi \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Nr. AVS 13 cifre \_\_\_\_\_

Paternità \_\_\_\_\_ Maternità \_\_\_\_\_

Attinente di (*nazionalità per gli stranieri e tipo di permesso*) \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Vedovo/a \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Cassa malati \_\_\_\_\_ Religione \_\_\_\_\_

**(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

## FIGLI

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Cassa malati \_\_\_\_\_ **(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Religione \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Cassa malati \_\_\_\_\_ **(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Religione \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

Cassa malati \_\_\_\_\_ **(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Religione \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

6557 Cama, \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il presente formulario è da compilare e ritornare presso i nostri uffici **entro 5 giorni** dalla data d'arrivo.