

**Allo SPORTELLO UNICO PER
L' IMMIGRAZIONE DI PRATO**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

DICHIARA

- di non avere fratelli/sorelle nel paese di origine
- che i propri fratelli/sorelle sono residenti nel seguente paese _____
- che i propri genitori sono a suo carico
- che stipulerà e presenterà una assicurazione sanitaria che garantisca la copertura per tutti i rischi nel territorio nazionale per il proprio genitore ultrasessantacinquenne entro 8 giorni dall'arrivo in Italia

Data

Firma leggibile
