



CONSOLATO GENERALE D'ITALIA IN SAN FRANCISCO
2590 Webster Street – San Francisco CA 94115
Tel (415) 292-9200

DOMANDA DI RILASCIO DELLA **CARTA DI IDENTITÀ ELETTRONICA**
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

QUESTO MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN CARATTERI LEGGIBILI E STAMPATO SU FOGLIO SINGOLO



Dati del richiedente

Applicant info

Cognome:

Last name

Primo e secondo nome:

First and middle name

Data di nascita:

Date of Birth

DD / MM / YYYY

Sesso

Sex

M ☐

F ☐

Luogo di Nascita:

Place of birth:

Città, Provincia/Stato, Nazione (City, State, Country)

Statura: _____ **centimetri**

Height (cm)

Colore occhi: ☐ **Marrone** ☐ **Verde** ☐ **Nero** ☐ **Azzurro** ☐ **Grigio**

Eyes color

Residente al seguente indirizzo:

Resident at the following address:

Indirizzo

Address

Città *City*

Stato *State*

Cap *(Zip)*

Telefono Casa *(Home phone/land line)*

Cellulare *(Cell phone)*

E-mail *(Parent email)*

chiede il rilascio della Carta di Identità Elettronica (CIE) e dichiara:

CONSOLATO GENERALE D'ITALIA IN SAN FRANCISCO
2590 Webster Street – San Francisco CA 94115
Tel (415) 292-9200

- **di essere cittadino/a italiano/a**
- **di essere:** ☐ **celibe/nubile;** ☐ **coniugato/a;** ☐ **unito/unita civilmente;** ☐ **divorziato/divorziata;**
☐ **vedovo/vedova**
- **di ☐ avere / ☐ non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa**
- **di ☐ essere / ☐ non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali**
- **di ☐ avere / ☐ non avere obblighi alimentari**
- **di ☐ avere / ☐ non avere figli minori**
- **di ☐ avere / ☐ non avere figli affidati**

Data (*date dd/mm/yyyy*)

Firma richiedente (*applicant's signature*)