



Ambasciata d'Italia
Zagabria

ATTO DI ASSENSO PER L'EMISSIONE DEL PASSAPORTO al minorenni

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME: NOME:

LUOGO DI NASCITA: (.....) DATA DI NASCITA:

RESIDENTE A:
VIA/PIAZZA CODICE POSTALE

CITTA':
TELEFONO

concede il proprio assenso affinché venga rilasciato il passaporto al figlio/a minorenne

COGNOME: NOME:

LUOGO DI NASCITA: (.....) DATA DI NASCITA:

RESIDENTE A:
VIA/PIAZZA CODICE POSTALE

CITTA':

Luogo e data:

IL/LA DICHIARANTE

_____ 
firma per esteso

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ad esclusione di visti e cittadinanza, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, purché accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento (solo per i cittadini dell'U.E.).