



Ambasciata d'Italia
Zagabria

FOTO

RICHIESTA DI EMISSIONE E.T.D.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.

DICHIARA E AUTOCERTIFICA I SEGUENTI DATI E FATTI PERSONALI:

COGNOME: NOME:

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

SESSO: ☐ M ☐ F

RESIDENTE A:
VIA/PIAZZA CODICE POSTALE

CITTA':
TELEFONO E-MAIL

STATO CIVILE: ☐ stato libero ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a

PROFESSIONE: COD. FISCALE:

Figli minori di 18 anni: ☐ SI ☐ NO

Eventuale documento d'identità n.:

Luogo di emissione: Data di emissione: / /

Connotati e contrassegni salienti: ALTEZZA :

OCCHI: ☐ marroni ☐ neri ☐ blu ☐ verdi ☐ grigi ☐

CAPELLI: ☐ castani ☐ neri ☐ biondi ☐ rossi ☐ grigi ☐

- dichiara di non trovarsi in alcuna delle condizioni che sono d'impedimento al rilascio del passaporto ai sensi dell'art. 3 della legge n. 1185/1967;
- 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. legge;

Data rientro:Mezzo:

E CHIEDE L'EMISSIONE DELL' E.T.D. (European Travel Document)

Luogo e data:

IL/LA DICHIARANTE

firma per esteso