

DOMANDA DI ATTRIBUZIONE DEL CODICE FISCALE o VARIAZIONE DATI - Persone Fisiche
 APPLICATION FOR FISCAL CODE or TO VARY PERSONAL DATA - Individuals

PARTE RISERVATA AL RICHIEDENTE

RESERVED TO THE APPLICANT

<input type="checkbox"/> ATTRIBUZIONE DEL CODICE FISCALE Assignment of fiscal code	CODICE FISCALE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
<input type="checkbox"/> DUPLICATO DEL CERTIFICATO/TESSERA SANITARIA Duplicate of certificate/Plastic health	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
<input type="checkbox"/> TESSERA SANITARIA Plastic health	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
<input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO DATI ANAGRAFICI o RESIDENZA Updating of personale data and residence	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
EVENTUALI ULTERIORI CODICI ASSEGNATI Further piscal codes assigned in ITALY <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
DOMICILIO RECAPITO TESSERA SANITARIA SE DIVERSO DA RESIDENZA ANAGRAFICA Presso _____ Indirizzo _____ _____ Comune di _____ cap _____ pr _____			
DATI ANAGRAFICI / Personal data			
COGNOME _____ Surname			
NOME (senza abbreviazioni) _____ First name (with no abbreviations)			
COMUNE o STATO ESTERO di NASCITA Town or Foreign Country of Birth <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	Provincia Province <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	DATA di NASCITA /Date <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	SESSO / Sex M/Male F/ Female <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
RESIDENZA ANAGRAFICA (o, se diverso, domicilio fiscale)/Registered Residence			
COMUNE di RESIDENZA / City of Residence /Provincia / CAP / Post Code <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
INDIRIZZO o FRAZIONE /Street name or district / Num. Civico/Street number <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
RESIDENZA ESTERA / Registered Residence			
STATO ESTERO di RESIDENZA / State of Residence <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
CITTA' E INDIRIZZO / City and Street name / Num. Civico/Street number <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			
SOGGETTO CON DIRITTO DI ASSISTENZA SANITARIA Person with right of Sanitary attendance			
		SI/YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DATA /Date <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	FIRMA del RICHIEDENTE /SIGNATURE of APPLICANT <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	FIRMA del DELEGATO /SIGNATURE of DELEGATE <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
 FOR OFFICE USE ONLY

CODICE FISCALE PROVVISORIO	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
-----------------------------------	---

 ALLEGATI: ☐ COPIA DOCUMENTO ☐ COPIA PERMESSO SOGG. ☐ COPIA CERTIF.NASCITA ☐ DELEGA