

DICHIARAZIONE
RESA AI SENSI ART.47 D.P.R.445/2000

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov (____), il _____

di **nazionalità italiana**, residente a _____ prov (____)

in via _____ n. _____ c.a.p. _____

tel. _____ occupazione / professione _____

Consapevole delle conseguenze previste dall'art. 12 comma 1, del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) che dispone: "salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque compie attività dirette a favorire l'ingresso degli stranieri nel territorio dello Stato in violazione delle disposizioni del presente Testo Unico è punito con la reclusione fino a tre anni e con una multa fino a Euro quindicimila"

Con la presente richiede il rilascio del visto per "RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE/FAMILIARE AL SEGUITO" in favore del/la:

Cittadino/a straniero/a _____

(cognome)

(nome)

nato/a il _____ a _____

di nazionalità _____ residente a _____

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di possedere i requisiti previsti dal DPR 1656/1965, modificato dai Decreti Legislativi n. 470/1992 e n. 358/1999 (un alloggio nei parametri minimi previsti dalla Legge Regionale per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica ed un reddito annuo derivante da fonti lecite non inferiore all'importo annuo dell'assegno sociale). Il sottoscritto dichiara altresì che:

Il predetto cittadino straniero è: _____

(specificare il grado di parentela)

Il quale:

	SI	NO
Svolge alcuna attività lavorativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepisce trattamento pensionistico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È economicamente a carico dell'richiedente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luogo: _____ data: _____

Firma del Dichiarante: _____

(ai sensi dell'art.38 c.3, D.P.R.445/2000)

TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI