



**Comune di Cabella Ligure**  
Provincia di Alessandria

Via Martiri della Libertà n.10 – cap. 15060  
Tel. 0143919557 – 014399430  
Fax 0143919700

## DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### AVENDO CHIESTO

il trasferimento dell'iscrizione anagrafica dal Comune di \_\_\_\_\_  
a quello di Cabella Ligure, in \_\_\_\_\_, civico n. \_\_\_\_\_

il cambio di residenza interno al comune, dall'attuale indirizzo a (nuovo indirizzo):  
\_\_\_\_\_, civico n. \_\_\_\_\_

per se stesso/a e per i propri figli minori

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che l'altro genitore è a conoscenza del cambio di residenza dei figli.

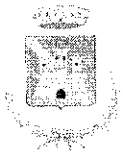
di procedere al cambio di residenza dei figli a seguito di autorizzazione del giudice.

Cabella Ligure, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma

**\* ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**



**Comune di Cabella Ligure**  
Provincia di Alessandria

Via Martiri della Libertà n.10 – cap. 15060  
Tel. 0143919557 – 014399430  
Fax 0143919700

## DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE IL/LA SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ HA RICHiesto IN DATA \_\_\_\_\_

LA RESIDENZA PRESSO LA PROPRIA ABITAZIONE,

- CON IL/LA QUALE HA IL SEGUENTE RAPPORTO DI PARENTELA  
\_\_\_\_\_
- CHE NON HA CON ESSO/A ALCUN RAPPORTO DI PARENTELA, AFFETTIVITA' E/O  
AFFINITA'.

CABELLA LIGURE, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

**\* ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**