



AMBASCIATA D'ITALIA IN PRAGA

MOD 2

DOMANDA PER IL RILASCIO DEL PASSAPORTO PER MINORI DI 18 ANNI

PASSPORT APPLICATION FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni (Art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

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

I the undersigned, being fully aware of the criminal penalties imposed for making false declarations, as per art. 76 of Presidential Decree no. 445 of 28/12/2000,

DICHIARA / HEREBY DECLARE THE FOLLOWING:

| | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|
| Minore | _____ | |
| Minor | COGNOME (Surname) | NOME (First name/s) |
| Cittadino italiano nato/a a | _____ | il _____ |
| Italian citizen born in | CITTA' E PROVINCIA (City and County) | on day-month-year |
| Residente in | _____ | |
| Resident in | VIA E NUMERO CIVICO (Street and house/flat number) | |
| | _____ | _____ |
| | CITTA' E PROVINCIA (City and County) | CODICE POSTALE (Post Code) |
| Statura | _____ | Colore degli occhi _____ |
| Height | cm | Colour of eyes |
| | | Sesso _____ |
| | | Sex M/F |
| Il padre | _____ | |
| Father | COGNOME (Surname) | NOME (First name/s) |
| Nato a | _____ | il _____ |
| Born in | CITTA' E PROVINCIA (City and County) | on day-month-year |
| Residente in | _____ | |
| Resident in | INDIRIZZO, CAP, CITTA' (Address, Post Code, City) | |
| Telefono _____ | email _____ | |
| Telephone | | |
| E / AND | | |
| La madre | _____ | |
| Mother | COGNOME DA NUBILE (Maiden name) | NOME (First name/s) |
| Nata a | _____ | il _____ |
| Born in | CITTA' E PROVINCIA (City and County) | on day-month-year |
| Residente in | _____ | |
| Resident in | INDIRIZZO, CAP, CITTA' (Address, Post Code, City) | |
| Telefono _____ | email _____ | |
| Telephone | | |

Documento di riconoscimento del minore:

Identification document

passaporto

carta id.

Numero:.....
Serial number

Data del rilascio:.....
Date of issue

Autorità emittente:.....
Issuing Authority

Spazio riservato all'Ufficio
For Office use only

NOTE:

C.I.C.

S.D.I.

CHIEDONO il rilascio del passaporto / REQUEST the issue of a passport

Firma del padre
Father's signature

Data
Date

Firma della madre
Mother's signature

Data
Date

I sottoscritti dichiarano inoltre di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679.

The undersigned also declare to have read the information on personal data protection regarding consular services, according to the General Regulation on Data Protection (EU) 2016/679.