

Al M.I.U.R.
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio X Amb.Terr.Provincia di Roma
Ufficio Tessere di Riconoscimento
Via L.Pianciani, 32 - 00185 Roma

_ 1 _ sottoscritt _____
COGNOME NOME

Qualifica _____ con contratto a tempo indeterminato dal _____

in attività di servizio presso _____

oppure

in pensione dal _____ Numero Iscrizione Pensione _____

Ultima sede di servizio _____

CHIEDE CHE SIA RILASCIATA LA TESSERA DI RICONOSCIMENTO
(barrare la casella interessata)

a se medesimo recapito telefonico _____
oppure

al familiare (cognome e nome) _____
relazione di parentela _____

I dati del destinatario del documento sono i seguenti:

nat_ a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ Via /Piazza _____ n. _____

stato civile _____ statura _____ capelli _____ occhi _____

segni particolari _____

_ 1 _ sottoscritt_ dichiara che i dati trascritti corrispondono a verità e che le fotografie allegate sono del sig.

Ai fini del rilascio _ 1 _ sottoscritt_ dichiara:

- di essere in attività di servizio alla data di richiesta o di convalida della tessera e di non essere in aspettativa per motivi di famiglia;
- di percepire gli assegni familiari per il familiare sopra indicato a carico e convivente;
- che esiste provvedimento di separazione o divorzio;
- di acconsentire a che la tessera sia resa valida per l'espatrio;
- che il proprio coniuge non è dipendente di un'Amministrazione statale (ove si richieda il rilascio della tessera per il coniuge);
- che trattasi di prima richiesta.

_ 1 _ sottoscritt_ dichiara, altresì, sotto la propria responsabilità, di non trovarsi, né lui né il proprio familiare sopra indicato, in alcuna delle condizioni ostative al rilascio del documento, di cui all'art. 3 della Legge 1185/1967, lettere b, c, e, appresso indicate, in conformità alle disposizioni dettate dal D.P.R. n. 649 del 6 agosto 1974.

Data _____

(firma del richiedente)