



COMUNE DI ORIGLIO

8945 Origlio

Tel. (091) 845 15 55

## NOTIFICA DI ARRIVO

Il / La sottoscritto/a notifica all'Ufficio controllo abitanti l'arrivo nel Comune di Origlio:

Cognome ..... Nomi .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

celibe  nubile  coniugato/a  divorziato/a  vedovo/a

Data .....

Luogo .....

Coniugato/a con

Divorziato/a da

Vedovo/a di

Luogo d'origine / nazionalità .....

Stranieri (genere di permesso) ..... Soggiornanti (luogo domicilio) .....

Incorporazione militare  attivo  non soggetto  protezione civile

Cognome e nomi del padre .....

Cognome e nomi della madre .....

Data arrivo ..... Luogo provenienza + NAP .....

Indirizzo a Origlio .....

appartamento no. .... piano .... no locali .... proprietario .....

Siete proprietario/a di uno o più cani?  sì  no  se sì quanti? .....

No. Natel ..... E-mail .....

Cassa malati

Professione

Datore di lavoro

Luogo di lavoro

dipendente al \_\_\_\_\_ %

indipendente al \_\_\_\_\_ %

Per tassa acqua potabile:  
lettura contatore: \_\_\_\_\_

## MOGLIE

Cognome ..... Nomi .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Luogo d'origine / nazionalità ..... Telefono .....

Cognome e nomi del padre .....

Cognome e nomi della madre .....

Cassa malati

Professione

Datore di lavoro

Luogo di lavoro

dipendente al \_\_\_\_ %

indipendente al \_\_\_\_ %

## FIGLI

Cognome ..... Nomi .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Luogo d'origine / nazionalità .....

Cognome e nomi del padre .....

Cognome e nomi della madre .....

Cassa malati

Professione/scuola

Datore di lavoro

Luogo di lavoro

Cognome ..... Nomi .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Luogo d'origine / nazionalità .....

Cognome e nomi del padre .....

Cognome e nomi della madre .....

Cassa malati

Professione/scuola

Datore di lavoro

Luogo di lavoro

Cognome ..... Nomi .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Luogo d'origine / nazionalità ..... Religione .....

Cognome e nomi del padre .....

Cognome e nomi della madre .....

Cassa malati

Professione/scuola

Datore di lavoro

Luogo di lavoro

Data della notifica ..... firma .....