



AMBASCIATA D'ITALIA IN SOFIA
MODULO DI RICHIESTA DI CERTIFICATO DI CITTADINANZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

PROV. _____ STATO _____ IL _____ RESIDENTE AL SEGUENTE

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ STATO _____

CAP _____ TELEFONO _____

CHIEDE

IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI CITTADINANZA ITALIANA DI:

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

DATA DI NASCITA _____

ALTRA CITTADINANZA _____

A TAL FINE ACCLUDO IL PAGAMENTO DELLA SOMMA DI _____

DATA ___/___/_____

FIRMA
