

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELLO SCHEDARIO DELLA POPOLAZIONE TEMPORANEA**  
**(art. 32 D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223)**

Il/La sottoscritto/a

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

tutt'ora residente in \_\_\_\_\_  
*(indicare il Comune / Stato estero di attuale residenza)*

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

di essere dimorante **da oltre 4 mesi**, precisamente dal \_\_\_\_\_, in questo Comune al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

presso: \_\_\_\_\_  
*(indicare il nominativo della persona presso la quale si chiede il domicilio)*

recapito telefonico: \_\_\_\_\_

di essere al momento impossibilitato a stabilire la residenza in questo Comune,

di essere consapevole che:

- la durata massima dell'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea è pari ad un anno, decorso il quale verrà cancellato, anche d'ufficio,
- l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea esclude il rilascio di certificazioni anagrafiche,

**CHIEDE**

l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea, previsto dall'art. 8, Legge 24 dicembre 1954, n. 1228 e dall'art. 32, D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223:

per sé

per le seguenti altre persone:

① Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Relazione di parentela con il dichiarante: \_\_\_\_\_

② Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Relazione di parentela con il dichiarante: \_\_\_\_\_

③ Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Relazione di parentela con il dichiarante: \_\_\_\_\_

④ Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Relazione di parentela con il dichiarante: \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO:  SALUTE  LAVORO  
 ALTRO: specificare \_\_\_\_\_

Cameri, \_\_\_\_\_

Firma di tutti i componenti maggiorenni che chiedono la variazione di domicilio:

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

④ \_\_\_\_\_

*N.B.: allegare la fotocopia di un documento di identità in corso di validità di tutti i firmatari*

*Cittadini UE (lavoratori stagionali / studenti universitari / ricercatori, ecc.) devono allegare:*

- documento di riconoscimento
- tessera sanitaria europea (TEAM)
- codice fiscale (se in possesso)
- contratto di lavoro stagionale / dichiarazione Università relativa all'attività di studio o di ricerca

*Cittadini extra-UE devono allegare:*

- passaporto in corso di validità
- permesso di soggiorno in corso di validità
- codice fiscale (se in possesso)

**Informativa PRIVACY [art. 14 Regolamento (UE) 2016/679 e D. Lgs. 101/2018]**

Il/La/I/Le sottoscritto/a/i/e

Dichiarante: \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_

dichiara/ dichiarano di autorizzare il Comune di Cameri al trattamento dei dati personali, ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), contenuti nella presente dichiarazione per le finalità previste dalla medesima.

Il titolare del trattamento dei dati riportati è il Comune di Cameri che potrà essere contattato ai seguenti riferimenti:

Piazza Dante Alighieri, 25, 28062 Cameri (NO), Email: [comune@comune.cameri.no.it](mailto:comune@comune.cameri.no.it), PEC: [comune.cameri.no@legalmail.it](mailto:comune.cameri.no@legalmail.it).

È, altresì, possibile contattare il Responsabile della Protezione dei dati al seguente indirizzo: [rpd@comune.cameri.no.it](mailto:rpd@comune.cameri.no.it).

Gli interessati potranno fa valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i diritti previsti dagli artt da 15 a 21 del Regolamento UE 2016/679 ed hanno diritto di proporre reclamo all’Autorità Garante per la protezione di dati personali qualora lo ritengano necessario.

Data: \_\_\_\_\_

Firma:

Dichiarante: \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_

Altro componente maggiorenne di cui al punto ① ② ③ ④ \_\_\_\_\_