

DOMANDA DI ATTRIBUZIONE DEL CODICE FISCALE o VARIAZIONE DATI - Persone Fisiche
 APPLICATION FOR FISCAL CODE or TO VARY PERSONAL DATA - Individuals
 SOLICITUD DEL CODIGO FISCAL o DE CAMBIO DE DATOS PERSONALES - Individuos

PARTE RISERVATA AL RICHIEDENTE
 RESERVED TO THE APPLICANT / PARTE RESERVADA AL SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> ATTRIBUZIONE DEL CODICE FISCALE ASSIGNMENT OF FISCAL CODE / ASIGNACION DEL CODIGO FISCAL	
<input type="checkbox"/> DUPLICATO DEL CERTIFICATO DUPLICATE OF CERTIFICATE / COPIA DEL CERTIFICADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> TESSERA SANITARIA PLASTIC HEALTH CARD / TARJETA SANITARIA	
<input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO DATI ANAGRAFICI o RESIDENZA UPDATING OF PERSONAL DATA and RESIDENCE ACTUALIZACION de DATOS PERSONALES o RESIDENCIA	
ULTERIORI CODICI ASSEGNATI FURTHER FISCAL CODES ASSIGNED in ITALY OTROS CODIGOS FISCALES ASIGNADOS en ITALIA	<input type="text"/>

DATI ANAGRAFICI / PERSONAL DATA / DATOS PERSONALES

COGNOME _____
 SURNAME / APELLIDOS

NOME (senza abbreviazioni) _____
 FIRST NAME (with no abbreviations) / NOMBRE (sin abreviaciones)

COMUNE o STATO ESTERO di NASCITA TOWN OR FOREIGN COUNTRY OF BIRTH CIUDAD O PAIS EXTRANJERO DE NACIMIENTO	Provincia Province Initial (_____)	DATA di NASCITA / Date of birth / Fecha de Nacimiento giorno mese anno day/día month/mes year/año	SESSO / Sex / Sexo M/Male F/Female hombre mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESIDENZA ANAGRAFICA / REGISTERED RESIDENCE / RESIDENCIA REGISTRADA

COMUNE di RESIDENZA / City of Residence / Ciudad de Residencia | Provincia | CAP / Post Code /Codigo postal

INDIRIZZO o FRAZIONE / Street name or district / Calle o Barrio | Num. Civico / Street number / numero de la calle

SOGGETTO CON DIRITTO DI ASSISTENZA SANITARIA
 Person eligible for health assistance right / Persona con derecho a asistencia sanitaria SI/YES NO

DATA / DATE / FECHA	FIRMA del RICHIEDENTE / SIGNATURE of APPLICANT / FIRMA del SOLICITANTE	FIRMA del DELEGATO / SIGNATURE of DELEGATE FIRMA del DELEGADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTE RISERVATA ALL' UFFICIO
 FOR OFFICE USE ONLY / PARTE RESERVADA PARA USO OFICIAL

ESTREMI DOCUMENTO DEL RICHIEDENTE TIPO: _____ N° _____ RILASCIATO il ___/___/___ DA: _____	ESTREMI DOCUMENTO DEL DELEGATO TIPO: _____ N° _____ RILASCIATO il ___/___/___ DA: _____	ALLEGATI <input type="checkbox"/> COPIA DOCUMENTO <input type="checkbox"/> COPIA PERMESSO SOGGIORNO <input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICATO NASCITA <input type="checkbox"/> DELEGA
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CODICE FISCALE PROVVISORIO