

MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del s.s.n. Uff. ${
m VII}$

Via Giorgio Ribotta, 5- 00144 ROMA

 $\begin{array}{c} \text{Modello G3} \\ \text{Medicina generale} \end{array}$

Domanda per il rilascio dell'Attestato di conformità alle direttive comunitarie del

DIPLOMA O ATTESTATO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

conseguito in Italia da cittadini comunitari, cittadini della Confederazione svizzera e cittadini dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein).

(da compilare in stampatello)

APPORRE MARCA DA BOLLO

(l'importo della marca da bollo è indicato nell'allegato G1)

| COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO Sesso M F NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO In possesso del Diploma o dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale, conseguito il: Indicare la data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------------------|--------------|------------------|---------------------------|----------------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------|---------------|-----------|-----------|---------|-------------|
| In possesso del Diploma o dell'Attestato di formazione specifica in medicine generale, conseguito il: presso la Regione: Indiana Propose Indiana Propo | La / II Sottoscritta/o, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In possesso del Diploma o dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale, conseguito il: Indicana in Regione Indic | İ | | | | | | | COGNON | ME - SI | URNAME | - NOM - | GEBURTS | SNAME - | APELL | LIDO | | Q | 0000 | | | - |
| In possesso del Diploma o dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale, conseguito il: Modare la dalla | | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 5330 | M | | F |
| formazione specifica in medicina generale, conseguito il: | | | NOME | E - NAME - | PRENOM | I - VORNA | AME - NO | MBRE PR | ROPRIO | | | | | | | | | | | | |
| Domanda a codesto Ministero, ai sensi della vigente normativa comunitaria, il rilascio dell'ATTESTATO DI CONFORMITA' del DIPLOMA O ATTESTATO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE e, a tal fine, allega la dichiarazione sostitutiva di certificazioni di cui all'Allegato G1 La / il sottoscritta/o, consapevolo che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in mate ai sensi e per gli effetti degli arti. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara: di non aver riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza; di essere nata/o a LU0000 DI NASCITA - PIACE OF BRITH - LIRU DE NASSANCE - GEBURTSCAT - LURADE NASCAMENTO GEBURTSCATUM-PECHA DE NASCAMENTO di essere cittadina/o CITTADINASCITA - POLIVITEY OF BRITH - ETAT DE NASSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO GEBURTSCATUM - PECHA DE NASCAMENTO CONOME - SURVAME - NOM - GEBURTSCAME - APELLOD NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO VIa/piazza NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO NOME - NAME - PREMOM - VORNAME - NAMERER - IN FAX - PAX NUMBER - NAMERO DE FAX - FAX NUMBER - IN FAX - PAX NUMBER - NAMERO DE FAX - FAX NUMBER - IN FAX - PAX NUMBER - NAMERO DE FAX - FAX NUMBER - IN FAX - PAX NUMBER - NAMERO DE FAX - FAX NUMBER - IN FAX - PAX NUMBER - NAMERO DE FAX - FAX NUMBER - IN FAX - PAX NUMBER - NAMERO DE FAX - FAX NUMBER - IN FAX - PAX NUMBER - IN MASCAMENTO - COMBRE PROPRIO NOME - SANAME - NOMBRE - ROMERO DE FAX - FAX NUMBER - IN FAX - PAX NUMBE | | | | | nsegui | ito il: | | | | | | | la d | la | 4-4- | | | | | | |
| CONFORMITA' del DIPLOMA O ATTESTATO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE e, a tal fine, allega la dichiarazione sosititutiva di certificazioni di cui all'Allegato G1 La / il sottoscritta/o, consapevole che chiunque rilascia dichiarazione mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in mate ai sensi per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara: di non avere riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza; di essere nata/o a UU000 DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUDAR DE NASCIMIENTO STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO di essere cittadina/o CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE, STAATSANGEHORINORET, CUIDADANA di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COONCME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLEDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO CONTRY - CITY - VILLE - STADT - DUDAD PROV. NITELEFONCO - PHONE NUMBER - NUMBER DE TEL - TEL NUMBER - NITELE NI FRAX - FAX NUMBER - NUMBERD DE TAX - FAX NUMBER - N. FAX N. CELLUARE In fede In fede In fede | presso la Regione: | | | | | | | Indica | re la Reg | ione | | | illu | icale la | uala | | | | | | |
| ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara: di non avere riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza; di essere nata/o a LUGGO DI MASCITA - PLACE OF BRTH - LIEU DE MAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE MASCAMENTO STATO DI NASCITA - COLUNTRY OF BRTH - ETAT DE MAISSANCE GEBURTSTANT - ESTADO DE MASCAMENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BRTH - LINE MASCAMENTO CITTADANANZA, CITZENSHIP, NATINALITE; STAATSANCE/GEBURTSCATUM FECHA DE MASCAMENTO CITTADANANZA, CITZENSHIP, NATINALITE; STAATSANCH/GERCHICA DE MASCAMENTO CITTADANANZA, CITZENSHIP, NATINALITE; STAATSANCH/GEBURTSCATUM FECHA DE MASCAMENTO CITTADANANZA, CITZENSHIP, NATINAL | CONFO | RMITA' d e, a | tal fine | LOMA e, alleg | A O A T a la di | TTES ichiara | TAT(azione | DIF e sost | FORI titutiv | MAZI ⁄a di ɗ | ONE certific | SPE (cazion | CIFIC ii di c | CA I | N N II' <i>Al</i> | IED I lega | CINA to G1 | A GE | NER | ALE | |
| Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza; di essere nata/o a LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BRITH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMENTO STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO di essere cittadina/o CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE: STAATSANCEHORINGREIT, CIUDADANA di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO VIa/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - DIRECCION N. TELEFONICO - PRONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMBER - N. TEL N. TELEFONICO - PRONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMBER - N. TEL IN FEMA - SIGNATURE - SIGNATURE - SIGNATURE - UNITERSCHRIFT - FRIMA FRIMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNITERSCHRIFT - FRIMA | | | | | | | | | | iuaci | puilit | o ai se | iisi u | - 1 60 | uice | , hell | ale e c | iciic ic | gyı əl | Jecia | 11 111 1116 |
| LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE MAISSANCE - GEBURTSCRIT - LUGAR DE NASCIMIENTO STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE DA BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO CITTADINANZA, CITZENSHIP, NATINALITE: STAATSANGEHORINOKEIT, CIUDADANIA di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO VIa/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - DIRECCION OTTA - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. OTTA - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD N TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMBERO DE TEL - TEL NUMBER - N.T. FAX N TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMBERO DE TEL - TEL NUMBER - N.T. FAX IN FEAL - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMBER - N. FAX IN FEAL - DATIG - | | | | | | | rtato s | anzio | ni am | minis | trative | e disc | iplina | ri rel | ativ | amen | ite al c | ampo | profe | ssior | nale sia |
| STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE: STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIJA di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO VIA/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION OLITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMBER - N. FAX E-MAIL In fede DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNIVERSCHRIFT - FIRMA | di essere nata/o | а | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE; STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO VIa/piazza NDURIZZO - ANIDRESS - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VIILLE - STADT - CIUDAD PROV. OAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE | | | | LU | OGO DI NA | ASCITA - F | PLACE OF | BIRTH - | LIEU DE | E NAISSA | NCE – GE | BURTSOR | T - LUGA | R DE N | IASCIN | MIENTO | | | | | |
| STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE; STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO VIa/piazza NDURIZZO - ANIDRESS - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VIILLE - STADT - CIUDAD PROV. OAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. TELEFONICO - PHONE | | | | | | | | | | | | l ii | 1 | ı | ı | | 1 | I | | 1 | |
| di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO Via/piazza NDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. NTELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N.TEL N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMBER - N. FAX E-MAIL In fede DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | STATO DI NASCI | TA – COUNTRY (|)F BIRTH – I | ETAT DE NA | ISSANCE (| GEBURTS ¹ | TAAT – ES | TADO DE | NASCIN | MENTO | | " | | DATA | A DI NA | ASCITA - | - DATE O | F BIRTH - | - DATE NA | AISSANO | CE C |
| CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE; STAATSANGEHORINGKEIT; CIUDADANIA di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO Via/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMBER - N. TEL N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMBER - N. FAX LE - MAIL In fede DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | | | | | | | | | | | | | | | GEBI | JRTSDA | TUM – FE | ECHA DE | NASCIMIE | ENTO | |
| di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO Via/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - DIRECCION CITTA - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. TEL. NUMMER - N. TEL. N. FAX. FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX E-MAIL In fede FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | di essere cittadin | ia/o | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dell'Area SEE: La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO Via/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMMER - N. TEL N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE In fede DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNITERSCHRIFT - FIRMA | | | | CIT | TADINANZ | 'A, CITIZE | NSHIP, NA | ATINALITE | E', STAAT | rsangeh | IORINGKE | IT, CIUDA | DANIA | | | | | | | | |
| COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO Via/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL- TEL. NUMMER - N. TEL. N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE IN fede FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | | l'Attestato | di confo | rmità ne | l segue | ente Sta | ato mei | mbro d | della U | J.E., o | vero n | ella Co | nfede | razio | ne s | svizze | era, ov | vero n | el segu | uente | Paese |
| Via/piazza INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL TEL. NUMMER - N. FAX N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE In fede DATA - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | La / il sottoscritta/o | chiede ch | e le con | nunicaz | ioni ine | erenti a | alla pre | esente | dom | anda ' | vengai | no indi | rizzat | e al s | segu | uente | recap | oito: | | | |
| INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV. CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL TEL. NUMMER - N.TEL. N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE In fede DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | COG | NOME - SURN | AME - NON | 1 - GEBUR1 | SNAME - | APELLID(| 0 | | | | | NOM | E - NAM | E - PR | RENOM | 1 - VOF | RNAME - | NOMBRE | PROPRI | 0 | |
| CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL TEL. NUMMER - N.TEL. N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE E-MAIL DATA - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | Via/piazza | | | | INDIRIZZ | O - ANDF | RESS - F | ADRESSE | - ADRE | ESSE - D | DIRECCION | N | | | | | | n. | | | |
| CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL TEL. NUMMER - N.TEL. N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE E-MAIL DATA - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N.TELEFONICO – PHONE NUMBER – NUMERO DE TEL TEL. NUMMER - N.TEL. N. FAX – FAX NUMBER – NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE E-MAIL DATA - DATE – DATUM – FECHA FIRMA – SIGNATURE – SIGNATURE – UNTERSCHRIFT – FIRMA | | | | | CI. | TTA' - CIT | TY - VILLE | - STAD | T - CIUE | DAD | | | | | | | | | Į | | PROV. |
| N.TELEFONICO – PHONE NUMBER – NUMERO DE TEL TEL. NUMMER - N.TEL. N. FAX – FAX NUMBER – NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX N. CELLULARE E-MAIL DATA - DATE – DATUM – FECHA FIRMA – SIGNATURE – SIGNATURE – UNTERSCHRIFT – FIRMA | | | 1 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N. CELLULARE E-MAIL In fede DATA - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | CAP - POST | CODE | | | | | | | | STATO - | COUNTR | Y – ETAT - | - STAAT - | - ESTA | DO | | | | | | |
| DATA - DATE - DATUM - FECHA In fede FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | N.TELEFONICO |) – PHONE NUM | 3ER – NUME | RO DE TEL | TEL. NUI | MMER - N. | .TEL. | | | | N | I. FAX – FA | AX NUMB | ER – N | UMER | O DE FA | X - FAX N | NUMMER | - N. FAX | | |
| DATA - DATE - DATUM - FECHA In fede FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA | | N (| CELLULARF | | | | | | | | | | | | | E-MAII | @ | | | | |
| | | | | | | | | lı | n fed | le | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 4 | | 1. | | | 111- | | | | | | | | | | 1064 | 2002 |