



COMUNE DI CAMA

Telefono 091/830 14 41
Fax 091/830 15 23
E-mail com.cama@bluewin.ch

NOTIFICA D'ARRIVO FAMIGLIA

CAPOFAMIGLIA

Cognome _____ Nome _____

Via / Zona _____ NAP / Domicilio _____

Nr. Tel. Privato _____ Natel _____ e-mail _____

Data d'arrivo _____ Arrivo da _____

Proprietario della casa
Mappale no. _____ zona _____ n. assicurazione fabbricati _____

Inquilino (se inquilino indirizzo del proprietario della casa)

Allegare copia contratto d'affitto

Data di nascita ____ . ____ . ____ Nato/a a _____

Nr. AVS 13 cifre _____

Paternità _____ Maternità _____

Attinente di (*nazionalità per gli stranieri e tipo di permesso*) _____

Stato civile _____ Data div. o sep. ____ . ____ . ____

Vedovo/a ____ . ____ . ____ Data matrimonio ____ . ____ . ____

Professione _____ Datore di lavoro _____

Cassa malati _____ Religione _____

(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)

Incorporato nella protezione civile? Sì No

Abile al servizio militare? Sì No

Possessore di un cane? Sì No se sì, numero _____

MOGLIE/PARTNER

Cognome _____ Nomi _____
Data di nascita ____ . ____ . ____ Nato/a a _____
Nr. AVS 13 cifre _____
Paternità _____ Maternità _____
Attinente di (*nazionalità per gli stranieri e tipo di permesso*) _____
Stato civile _____ Vedovo/a ____ . ____ . ____
Professione _____ Datore di lavoro _____
Cassa malati _____ Religione _____

(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)

FIGLI

Cognome e nome _____
Data di nascita ____ . ____ . ____ Nato/a a _____ Religione _____
Cassa malati _____ **(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Cognome e nome _____
Data di nascita ____ . ____ . ____ Nato/a a _____ Religione _____
Cassa malati _____ **(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Cognome e nome _____
Data di nascita ____ . ____ . ____ Nato/a a _____ Religione _____
Cassa malati _____ **(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Cognome e nome _____

Data di nascita ____ . ____ . ____ Nato/a a _____ Religione _____

Cassa malati _____ **(Allegare copia attestato d'assicurazione valido)**

Osservazioni _____

6557 Cama, ____ . ____ . ____

Firma _____

Il presente formulario è da compilare e ritornare presso i nostri uffici **entro 5 giorni** dalla data d'arrivo.