



## 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 \_\_\_\_\_

**VOLTARE P.F.**

**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.