

ALL'UFFICIALE D'ANAGRAFE  
DEL COMUNE DI  
BARBERINO DI MUGELLO

OGGETTO: **Richiesta di attestazione del diritto di soggiorno permanente.**

Il/la sottoscritto/a:

COGNOME .....	NOME .....	SESSO .....
LUOGO DI NASCITA .....	DATA DI NASCITA .....	CITTADINO/A .....
RESIDENTE IN CODESTO COMUNE via ..... N° .....		
PASSAPORTO/CARTA D'IDENTITA' .....	TELEFONO .....	

**CONSIDERATO**

che è in possesso delle condizioni previste dal decreto legislativo n. 30/2007, per la maturazione del diritto al soggiorno permanente in quanto:

- a)  cittadino della comunità europea, soggiorna legalmente ed in via continuativa, in Italia dal ..... e, quindi da più di cinque anni (*art. 14, comma 1, del D.Lgs. n. 30/2007*) (eventuali comuni di precedente residenza: .....);
- b)  lavoratore  subordinato  autonomo ha cessato l'attività in data ..... dopo avere raggiunto l'età utile per l'acquisizione del diritto alla **pensione di vecchiaia** (*art. 15, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 30/2007*);
- c)  lavoratore subordinato, in data ..... ha cessato di svolgere l'attività subordinata a seguito di **pensionamento anticipato** dopo avere svolto l'attività subordinata nel territorio italiano per gli ultimi dodici mesi ed avere soggiornato in via continuativa dal ..... e quindi per oltre tre anni (*art. 15, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 30/2007*);
- d)  lavoratore appartenente alla categoria ..... per la quale la legge non riconosce il diritto alla pensione di vecchiaia, che ha raggiunto l'età di 60 anni (*art. 15, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 30/2007*);
- e)  lavoratore:  subordinato  autonomo ha soggiornato in modo continuativo in Italia dal ....., e, quindi da oltre due anni ed ha cessato, in data ....., di esercitare l'attività di ..... a causa di una sopravvenuta **incapacità lavorativa permanente** (*art. 15, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 30/2007*);
- f)  lavoratore:  subordinato  autonomo ha cessato l'attività di ....., in data ..... a causa di una sopravvenuta **incapacità lavorativa permanente** causata da:  infortunio sul lavoro  malattia professionale con diritto a prestazioni  interamente  parzialmente a carico di ..... (*art. 15, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 30/2007*).
- g) **coniugato con cittadino/a italiano/a** .....  
.....  
(*art. 15, comma 4 del D.Lgs. n. 30/2007*);

h)  familiare di lavoratore:  subordinato  autonomo .....  
.....  
(art. 15, commi 5, 6 e 7 del D.Lgs. n. 30/2007);

Ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza delle sanzioni, anche penali, a carico di chi rilascia false dichiarazioni, forma o utilizza atti falsi (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445), ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75, dello stesso d.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- di trovarsi nella condizione di cui alla lettera ..... del considerato;
- che le notizie fornite nel considerato sono veritiere.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa..

In relazione al disposto dell'art. 16 del D.Lgs. n. 30/2007

**CHIEDE**

il rilascio di attestato che certifichi la sua condizione di titolare del diritto di soggiorno permanente, valido anche per i seguenti familiari conviventi, minori di età:

.....  
.....

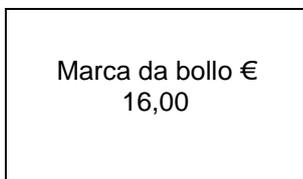
ALLEGA la seguente documentazione:

.....  
.....  
.....

....., lì .....

**IL/LA RICHIEDENTE**

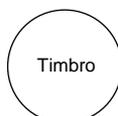
.....



Il sottoscritto ufficiale d'anagrafe, previa identificazione del richiedente

**ATTESTA**

che il presente documento è stato sottoscritto dall'interessato/a in sua presenza in data .....



**L'ufficiale d'anagrafe**

.....