



**CONSOLATO GENERALE D'ITALIA FRANCOFORTE SUL MENO**

**DICHIARAZIONE**

Il/La sottoscritto/ \_\_\_\_\_  
*(Cognome)* *(Nome)*

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
*(Luogo di nascita)* *(Data di nascita)*

chiede di poter ritirare la carta di identità presso lo sportello di Ludwigshafen.

Luogo e Data

(Firma)