



Consolato d'Italia
Cape Town

Io Sottoscritto/a

I the Undersigned _____

nato a

place of Birth _____

il

on _____

residente a / residing at (address):

cell: _____ email _____

AUTORIZZO IL RILASCIO DEL PASSAPORTO A FAVORE DI:

AUTHORIZE THE ISSUANCE OF A PASSPORT FOR:

nome e cognome / name and surname

luogo di nascita / place of birth data di nascita / date of birth

nome e cognome / name and surname

luogo di nascita / place of birth data di nascita / date of birth

nome e cognome / name and surname

luogo di nascita / place of birth data di nascita / date of birth

nome e cognome / name and surname

luogo di nascita / place of birth data di nascita / date of birth

Data/Date

Firma/Signature

NB

Allegare copia del documento di identità dell'UE

Please attach a copy of your EU passport or EU id document

2 Grey's Pass - Gardens - Cape Town 8001

Tel. 021- 487 3900

Fax. 021- 424 0146

HOME PAGE: www.conscapetown.esteri.it

E-MAIL: consolato.capetown@esteri.it