



## Istanza di cancellazione nel Registro della Bigenitorialità

Alla c.a.  
del Servizio Politiche Sociali  
Comune di San Benedetto del Tronto

### DATI GENITORE

Nome /Cognome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

in Via/P.zza n. \_\_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di genitore esercente la piena responsabilità genitoriale del/i

minore/i \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la cancellazione dal suddetto **Registro della Bigenitorialità** del Comune di SAN BENEDETTO DEL TRONTO del figlio/i minore /i:

1) nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

2) nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

3) nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

il successivo rilascio dell'attestazione di avvenuta cancellazione nel **Registro della Bigenitorialità**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445,

### DICHIARA

- di essere a conoscenza che è possibile ritirare l'attestazione di avvenuta cancellazione trascorsi 30 giorni;
- di aver preso visione del Regolamento comunale per l'istituzione e la tenuta del Registro della Bigenitorialità approvato con D.C.C. n. 72 del 28/09/2019;





**CITTÀ DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO**



- di impegnarsi, nel caso si modifichino le condizioni connesse all'esercizio della responsabilità genitoriale a darne immediata comunicazione al Comune di San Benedetto del Tronto;
- di essere a conoscenza che la cancellazione può avvenire attraverso apposita istanza;
- di essere a conoscenza che l'emigrazione in altro Comune del minore iscritto, il raggiungimento della maggiore età, l'intervento di provvedimenti giudiziari nei confronti dei genitori, fa venir meno l'iscrizione nel Registro;
- di essere a conoscenza che, in assenza della dichiarazione di conoscenza del genitore presso cui il minore risiede di seguito riportata, l'ufficio competente invierà apposita informativa all'altro genitore, mettendolo a conoscenza dell'avvenuta iscrizione.

Comune, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**GENITORE PRESSO CUI RISIEDE IL MINORE:**

Nome /Cognome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

in Via/P.zza n. \_\_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di genitore esercente la piena responsabilità genitoriale DICHIARA di essere a conoscenza della richiesta di iscrizione nel Registro della Bigenitorialità del figlio/i minore/i sopraelencato/i

Comune, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PRIVACY Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati**

Il trattamento dei dati personali funzionali alla gestione ed implementazione del Registro della Bigenitorialità avverrà nel rispetto e secondo le modalità stabilite dal regolamento UE/2016/679 Regolamento Generale sulla Protezione dei dati. Il Comune per l'acquisizione dei dati personali fornirà e raccoglierà il consenso degli interessati.



Comune di San Benedetto del Tronto - POLITICHE SOCIALI WELFARE DEL CITTADINO E SVILUPPO STRATEGICO  
Viale De Gasperi n.124, 63074 - San Benedetto del Tronto  
Tel.07357941, Fax 0735794243  
posta elettronica: [serviziialapersona@comunesbt.it](mailto:serviziialapersona@comunesbt.it)  
Cod. fisc. P.IVA 00360140446