

**LETTERA D'INVITO PER FAMILIARE CITTADINO UNIONE EUROPEA**

Il/La Sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_\_\_, Professione \_\_\_\_\_

ammonito/a secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. N.445/2000 e s.m.i, sulla responsabilità penale cui può andare in caso di dichiarazione mendaci, e reso edotto/a che i dati verranno utilizzati ai sensi dell'articolo 78, comma 2, D.P.R. N.445/2000;

**DICHIARA DI ESSERE**

- 1) di Nazionalità \_\_\_\_\_ ;
- 2) residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ ;
- 3) titolare di Passaporto / Carta d' identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato/a da \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ .

**CON LA PRESENTE RICHIEDE IL RILASCIO DEL VISTO PER TURISMO  
COME FAMILIARE DI CITTADINO UE A FAVORE DI**

Il/La cittadino/a straniero/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_\_\_, di nazionalità \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, titolare del Passaporto n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ numero di telefono \_\_\_\_\_,

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE**

che ai sensi del Decreto legge n.89/2011 e s.m.i., convertito con legge n.129/11 della normativa europea 2004/38/ CE in materia di libera circolazione e soggiorno dei cittadini UE e loro familiari,

- 1) di avere con la stessa persona legami di parentela : \_\_\_\_\_ ;
- 2) che la stessa persona è economicamente a proprio carico, nonché di possedere le disponibilità economiche ed abitative per poter ospitare il richiedente;

- 3) (eventuale) di aver già messo a disposizione in favore del richiedente, a titolo di garanzia economica, sotto forma di "fideiussione bancaria" (della quale allego l'originale), la somma di euro \_\_\_\_\_ presso l'Istituto bancario \_\_\_\_\_, Agenzia N. \_\_\_\_\_, sito/a in \_\_\_\_\_;
- 4) sostenere eventuali oneri derivanti da ricorso all'assistenza medico-sanitaria da parte del/la cittadino/a straniero/a, laddove questi non abbia una propria copertura (polizza assicurativa ovvero convenzione bilaterale fra Italia e paese d'origine);
- 5) comunicare all'Autorità di P.S. di zona, la presenza dello/a straniero/a ospitato presso la propria abitazione, entro 48 ore del sua entrata nel territorio italiano, ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs.n.286/98 e s.m.i.

**Informativa:**

**Sono informato/a del fatto e accetto che i dati forniti con il presente modulo sono obbligatori per l'esame della domanda di visto e che essi saranno comunicati alle autorità competenti degli Stati membri e trattati dalle stesse, ai fini dell'adozione di una decisione in merito alla domanda.**

**Tali dati saranno inseriti e conservati nel sistema d'informazione visti (VIS) per un periodo massimo di cinque anni, durante il quale essi saranno accessibili: alle autorità competenti per i visti; alle autorità competenti in materia di controlli ai valichi di frontiera esterni; alle autorità competenti a controllare all'interno degli Stati membri se siano soddisfatte le condizioni d'ingresso, di soggiorno o di residenza nel territorio degli Stati membri; alle autorità competenti in materia di asilo ai fini della determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di asilo e/o ai fini dell'esame di una domanda di asilo.**

**A determinate condizioni, i dati saranno anche accessibili alle autorità designate degli Stati membri ed a Europol ai fini della prevenzione, dell'individuazione e dell'investigazione di reati di terrorismo e altri reati gravi.**

**Sono consapevole del fatto che le autorità di controllo sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 41 par. 4 del Reg. CE n. 767/2008 sono il Ministero degli Affari Esteri ed il Ministero dell'Interno.**

**Sono informato/a del diritto di accesso ai dati relativi alla mia persona registrati nel VIS e del diritto di chiedere che dati inesatti relativi alla mia persona vengano rettificati e che quelli relativi alla mia persona trattati illecitamente vengano cancellati. Su mia richiesta espressa, l'autorità che esamina la mia domanda mi informerà su come esercitare il mio diritto a verificare i miei dati anagrafici e a rettificarli o sopprimerli.**

**L'autorità di controllo nazionale di cui all'art. 41 par. 1 del Reg. CE n. 767/08 è il Garante per la protezione dei dati personali sito in Piazza di Monte Citorio n. 121 00186 ROMA.**

**Dichiaro che a quanto mi consta tutti i dati da me forniti sono completi ed esatti. Sono consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, così come espressamente stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

**SI ALLEGA COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DICHIARANTE**