

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**NOTIFICA DELL' INTENZIONE DI RICHIEDERE IL
RICONOSCIMENTO DI FILIAZIONE DI UN FIGLIO NATO
FUORI DAL MATRIMONIO**

DATE NOTICE SENT:

/ /

**SOLO PER USO
AZIENDALE**

DATA: / /

A: Putative Father Registry
New York State Office of Children and Family Services
Room 332, North Building
52 Washington Street,
Rensselaer, NY 12144

La presente è per informarla che intendo richiedere il riconoscimento di filiazione e che il mio nome venga depositato presso il registro come genitore di:

NOME DEL BAMBINO (stampato o digitato):

LUOGO DI NASCITA DEL BAMBINO:

DATA DI NASCITA:

/ /

NOME DELLA PERSONA CHE HA PARTORITO:

Sono consapevole di dover aggiornare il registro per qualsiasi cambio di indirizzo. Sono consapevole che questo modulo NON può essere revocato senza un'ingiunzione del tribunale.

NOME DEL BAMBINO (stampato o digitato):

INDIRIZZO:

FIRMA:

DATA FIRMATA:

/ /