Dichiarazione di Responsabilità

IO SOTTOSCRIT	TO					
COGNOME		1	NOME			
RESIDENTE IN	VIA	CIT	ΓÀ		. PROV	· • • •
TELEFONO		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	E-MAIL			
PROFESSIONE .						.
LAVORA PRESS	3O					
PERIODO DEL '	VIAGGIO	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
ITINERARIO						
RICHIEDO CH	E MI SIA R	CILASCIAT	O IL VIS	TO DI EN	NTRATA	IN
MOZAMBICO	PER MOTIV	I TURISTI	CI E DIO	CHIARO A	ALTRESÌ	DI
PROVVEDERE	PERSONALM	ENTE AL	MIO SOS	TENTAME	NTO, SF	'ESE
MEDICHE E	ALLOGGIO	PER TUT	TA LA	DURATA	DEL 1	MIC
SOCCIODNIO IN	I MOZAMBIC	O ED EVEN	ITILLED	IMDATDIO		

IN FEDE