

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
(UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA DELLO STATO DI NEW YORK)
**AVVISO DI RIVENDICAZIONE DELLA PATERNITÀ DI
UN FIGLIO NATURALE**

DATA DI INVIO DELL'AVVISO:	RISERVATO ALL'AGENZIA
----------------------------	----------------------------------

DATA: _____

PER: Registrar
Putative Father Registry
New York State Office of Children and
Family Services
Room 323, North Building
52 Washington Street,
Rensselaer, NY 12144

Con la presente vi informo che intendo
presentare una rivendicazione di paternità e
desidero che il mio nome venga iscritto nel
Registro in qualità di padre di:

NOME DEL BAMBINO O DELLA BAMBINA (scrivere in stampatello o a macchina):	DATA DI NASCITA:
LUOGO DI NASCITA DEL BAMBINO O DELLA BAMBINA:	
NOME DELLA MADRE:	

Io sottoscritto accetto di informare il Registro
in merito a eventuali cambi di indirizzo. Io
sottoscritto sono consapevole che, ai sensi
della Social Services Law, Sezione 372-c, il
presente avviso di rivendicazione di paternità
potrà essere revocato in qualsiasi momento e
mi riservo il diritto di chiedere tale revoca.

NOME DEL PADRE (scrivere in stampatello o a macchina):
INDIRIZZO: _____ _____
FIRMA DEL PADRE:
DATA FIRMA: