



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSULADO – GERAL DO BRASIL EM MILÃO
TERMO DE RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE

Eu, (nome completo), abaixo assinado, (nacionalidade), (estado civil), (profissão), nascido em (dia/mês/ano), em (cidade/estado/país), filho de (nome completo do pai) e de (nome completo da mãe), portador da (cédula de identidade n°), emitida por (órgão expedidor), em (data de expedição) e do passaporte (brasileiro, estrangeiro) (n°), emitido por (órgão expedidor), em (data de expedição), declaro, para os devidos fins de direito, ser pai de uma criança do sexo xxxxx, nascida às xxx horas e xxxx minutos do (dia/mês/ano), no (hospital/maternidade) sito à (endereço completo), meu filho e de (nome completo da mãe), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), nascida em (dia/mês/ano), em (cidade/estado/país), filha de (nome completo do pai) e de (nome completo da mãe), portadora da cédula de identidade n° xxxxxx, emitida por (órgão expedidor), em (data de expedição) e do passaporte n° xxxx, por (órgão expedidor), em (data de expedição), residente e domiciliada em (endereço completo).

(Local), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura do pai)

(Assinatura de genitor estrangeiro reconhecida em *Notaio*, em *Procura della Repubblica* e depois neste consulado)