


| | |
|---|--|
|  | <p>Amministrazione destinataria</p> <p>Ufficio destinatario</p> |
|---|--|

Domanda di autenticazione di sottoscrizioni su istanze e dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà a domicilio

Ai sensi dell'articolo 21 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445

Il sottoscritto

| | | | | | |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| Residenza | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato |
| | | | | | |
| | | | | | SNC <input type="checkbox"/> |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | |
| | | | | Posta elettronica certificata | |
| | | | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Soggetto interessato

per conto della propria persona

per conto di

soggetto interessato

| | | | | | |
|-----------------|--|-------|------------------|----------------|--------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza |
| | | | | | |

CHIEDE

l'autenticazione della sottoscrizione dei seguenti atti

Atti da sottoscrivere

In quanto impossibilitato a venire in Comune e residente in

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Oppure ricoverato presso

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Reparto | Piano | Stanza | Numero letto |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del certificato medico
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Luogo

Data

il dichiarante