

Amministrazione destinataria

Regione Piemonte

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

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

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|---------|-------------------------------|-------|-----|-----|
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | |
| 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)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Soggetto interessato

per conto della propria persona

per conto di

| | | | | | |
|-----------------|------|----------------|------------------|--------------|--|
| 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 | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Oppure ricoverato presso

| | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <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

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.

Luogo

Data

Il dichiarante