

Modulo da utilizzare in caso di impedimento temporaneo alla firma da parte del titolare la prestazione

**DICHIARAZIONE DA PARTE DI FAMILIARE DI SOTTOSCRITTORE
TEMPORANEAMENTE IMPEDITO PER MOTIVI DI SALUTE**

(DPR 445/2000 art.4 c.2)

Il sottoscritto, nato a
il, residente a in via.....

in qualità di

(INDICARE IL GRADO DI PARENTELA)

del Sig. nato a
il e residente a in
Via,

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art.76 del DPR
28.12.2000 n.445 e dall'art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- che il predetto è temporaneamente impedito per motivi di salute a rendere la presente
dichiarazione/sottoscrizione;

- che lo stesso
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....,

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art.4 c.2 del DPR 28.12.2000 n.445, attesto che il dichiarante
Sig. identificato mediante

.....
ha oggi reso e sottoscritto in mia presenza la suesesa dichiarazione.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo n. 196/03
**I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento
per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.**