

*L'autocertificazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (funzionario inps, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco), utilizzando il presente modulo. Qualora si utilizzi un modulo differente è necessario che contenga le medesime informazioni*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Funzionario incaricato \_\_\_\_\_

**Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione**

Sig./Sig.ra Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Impossibilitato a firmare la delega/revoca delega alla riscossione della quota associativa

poiché impedito per cause di natura fisica

poiché incapace a scrivere

**Compilata e sottoscritta dal**

Sig./Sig.ra Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Firma del compilatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Funzionario \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente quadro, deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica dei dati**