

Amministrazione destinataria

Regione Calabria

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								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	
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

☐

☐ oppure ricoverato presso

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

☐

Reparto

Piano

Stanza

Numero letto

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