

	Amministrazione destinataria Comune di Arzignano Ufficio destinatario Ufficio anagrafe	
---	---	--

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	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Soggetto interessato											
<input type="radio"/> per conto della propria persona											
<input type="radio"/> 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

<input type="radio"/> in quanto impossibilitato a venire in Comune e residente in						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

<input type="radio"/> oppure ricoverato presso						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	
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)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia del certificato medico
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Arzignano		
Luogo	Data	Il dichiarante