

Al Comune di Arzano (NA)
SERVIZIO ANAGRAFE

OGGETTO: Richiesta di autenticazione di sottoscrizioni previste dal D.P.R. 445/2000 al proprio domicilio ai sensi dell'apposito regolamento comunale .

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a il

domiciliato/a in questo Comune in Via

....., n.

telefono n., residente in

Via, n.;

ovvero:
nella sua qualità di
(in caso di persona diversa dal richiedente impossibilitato, indicare il rapporto di parentela con la stessa)
nato/a il
domiciliato/a in questo Comune in Via
....., n.
telefono n., residente in
Via, n.;

consapevole delle sanzioni penali e civili cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o non rispondenti a verità, secondo quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del DPR. 445/2000

DICHIARA

di trovarsi,ovvero che la persona interessata si trova nell' impossibilità di recarsi presso questa Sede Comunale come da certificato medico allegato e pertanto, in virtù da quanto previsto dal vigente regolamento comunale per l'autenticazione delle sottoscrizioni di documenti ,presso il domicilio delle persone inferme

CHIEDE

di potersi avvalere di tale beneficio presso il domicilio del sottoscritto all'indirizzo sopra precisato.

Allega:

certificato medico di cui all'art. 5 del "Regolamento per l'autenticazione delle sottoscrizioni a domicilio previste dal D.P.R. 445/2000 e successive.mod.e integraz.".

Ringrazia e porge distinti saluti

Arzano , li

.....
FIRMA