



Alla Società della salute Pistoiese

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

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal Sindaco), utilizzando il presente modulo.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ funzionario incaricato \_\_\_\_\_

Ricevo la dichiarazione dal titolare della prestazione

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

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

n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ data (gg/mm/anno) \_\_\_\_\_

impossibilitato a firmare:

- perché impedito per cause di natura fisica
poiché incapace di scrivere
impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (D.P.R: 445/2000 art. 4 comma 2)

compilata e sottoscritta dal

Sig./Sig.ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

(coniuge, o figlio o altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

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

rilasciato da \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

delega

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.c. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

alla riscossione del Contributo Regionale Fondo non Autosufficienza, che riscuoterà come sotto specificato:

- Personalmente presso la Tesoreria (Cassa di Risparmio di Pistoia e della Lucchesia)
Accreditamento sul c/c intestato a \_\_\_\_\_ Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Table with 25 empty cells for IBAN code.

(luogo e data)

(il delegante)

Spazio riservato all'autentica di sottoscrizione di maggiorenne con capacità di agire (art. 21, comma 2 - DPR 445/2000 e art. 4 - DPR 445/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ attesto che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me, previa ammonizione sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, della cui identità mi sono reso certo/a.

timbro dell'ufficio

Luogo

Per incarico del Sindaco