



Amministrazione destinataria  
Comune di Calenzano

Ufficio destinatario  
Ufficio demografico

## 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                        | CAP |
|   |        |                    |                  |                             |  |                               |     |
| Telefono fisso  |        | Telefono cellulare |                  | 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<br><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 dell'istanza. |
|--------------------------|---|

|           |      |                |
|-----------|------|----------------|
| Calenzano |      |                |
| Luogo     | Data | Il dichiarante |