

Il sottoscritto												
Cognome				Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita					Cittadinanza				
Residenza												
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											<input type="checkbox"/>	
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				

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	

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.
--------------------------	--

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>