

Amministrazione destinataria

Regione Marche

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

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	Piano	SNC	CAP
							☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Soggetto interessato

☐ per conto della propria persona☐ 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

☐ in quanto impossibilitato a venire in Comune e residente in

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

☐ oppure ricoverato presso

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

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)

- ☒ copia del certificato medico
- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

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)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

----------------------	----------------------	----------------------

Luogo

Data

Il dichiarante