

## Richiesta per autentica di firma a domicilio

\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

In qualità di: \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

#### **CHE SIA AUTENTICATA LA FIRMA SU:**

delega pensione -  Carta d'identità -  Passaggio di Proprietà -  Altro: \_\_\_\_\_

Del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_

N. Tel.: per eventuale appuntamento: \_\_\_\_\_

#### **IN QUANTO IMPEDITO PER MOTIVI FISICI A PRESENTARSI C/O QUESTI SPORTELLI A TAL FINE DICHIARA CHE:**

La Persona Sopraccitata:  E' /  NON E' in grado di firmare di suo pugno

La Persona Sopraccitata possiede un documento di riconoscimento in corso di validità:  Sì -  No

E' attualmente reperibile:

- c/o la sua abitazione in: \_\_\_\_\_
- c/o altra persona in: \_\_\_\_\_
- ai seguenti orari dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
- c/o struttura ospedaliera \_\_\_\_\_ Nel seguente reparto:

Don Gnocchi:  giallo /  blu /  rosso -  Medicina -  Ortopedia -  Cardiologia

Altro: \_\_\_\_\_

Stanza n. : \_\_\_\_\_ Letto n.: \_\_\_\_\_

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che l'errata indicazione di uno dei seguenti requisiti può compromettere il buon fine della pratica

**Sarzana, li** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE DEL DICHIARANTE)

#### **N.B.:**

- **ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ;**

- **INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE N. 196/03 SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI: I DATI SOPRA RIPORTATI SONO PRESCRITTI DALLE DISPOSIZIONI VIGENTI AI FINI DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE SONO RICHIESTI E VERRANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE A TALE SCOPO.**