Modulo da utilizzare in caso di

# IMPEDIMENTO ALLA FIRMA DA PARTE DEL TITOLARE DELLA PRESTAZIONE

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2, DPR 445/2000 (Funzionario incaricato dal Sindaco, Funzionario Inps, Notaio, Cancelliere, Segretario comunale), utilizzando il presente modulo.

Io sottoscritto Funzionario incaricato

# Ricevo, dichiarando autentica la firma apposta, la seguente dichiarazione da parte del

Sig./Sig.ra Nome Cognome

Codice fiscale

grado di parentela (indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a mediante documento di riconoscimento

Numero Rilasciato da in data

*“Consapevole* *che* *chiunque* *rilascia* *dichiarazioni* *mendaci,* *forma* *atti* *falsi* *o* *ne* *fa* *uso,* *è* *punito* *ai* *sensi* *del* *codice* *penale* *e* *delle* *leggi* *speciali* *in* *materia* *e,* *nel* *caso* *di* *dichiarazioni* *mendaci,* *dalla* *decadenza* *dai* *benefici* *eventualmente* *conseguiti* *dal* *provvedimento* *emanato* *sulla* *base* *di* *dichiarazioni* *non* *veritiere,* *sotto* *la* *propria* *responsabilità*

# DICHIARO CHE

Il Sig./ la Sig.ra Nome

Cognome

Codice fiscale

Identificato/a mediante documento di riconoscimento

Numero Rilasciato da in data

***NON*** ***E’*** ***IN*** ***GRADO*** ***DI*** ***SOTTOSCRIVERE*** ***ALCUN*** ***ATTO*** ***in*** ***quanto****,*

* Impossibilitato a firmare:

□ Poiché 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 (DPR 445/2000 art. 4 comma 2)

Data

Firma del parente dichiarante

Firma del Funzionario incaricato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_