

AL SINDACO - COMUNE DI CARINI

UFFICIO AUTENTICHE

Io sottoscritto/a.....
nato/a.....il.....in qualità di.....
.....del/la signor/a.....
nato/a..ildichiaro che egli/ella
è impedito/a, per motivi di salute, a raggiungere la sede municipale al fine di autenticare la propria
firma, nei modi stabiliti dal D.P.R. 445/2000.

Pertanto chiedo di poter utilizzare il servizio autenticazione delle firme a domicilio, inviando,
da parte di codesta Amministrazione, un impiegato incaricato all'abitazione sita a Carini, in Via
.....n.....

- Allega alla presente la documentazione attestante l'impedimento sopraindicato.
- A tal fine si è provveduto a far compilare da Medico competente la parte sottostante.

Carini li.....

Firma del dichiarante

.....

CERTIFICATO MEDICO

Io sottoscritto/a Dott./ssa.....

medico di base/ specialista, certifico che il/la Sig.

..... nato/a

il..... per ragioni di salute, non è in grado di deambulare e, quindi, di
raggiungere la sede municipale.

Carini li.....

Firma e timbro del Medico

.....