

Il sottoscritto												
Cognome				Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita					Cittadinanza				
Residenza												
Provincia	Comune			Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
											☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata				
Soggetto interessato												
☐	per conto della propria persona											
☐	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

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	
Reparto		Piano	Stanza			Numero letto

--

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 d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	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)

☐	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.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante