

DICHIARAZIONE DI PERSONA IMPOSSIBILITATA A FIRMARE

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa

N.B. : il presente modulo deve essere utilizzato nelle situazioni di analfabetismo (“non sa firmare”) o di impedimento fisico che non consente di apporre la firma; la dichiarazione è esente da imposta di bollo.

Io sottoscritto/a _____ dipendente dell’A.A.S.4 “Friuli

Centrale”, in servizio presso il Distretto Sanitario di _____

ATTESTO CHE

il Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

in possesso della cittadinanza _____

residente a _____ Via _____ n° _____

Telefono _____

identificato a mezzo _____

maggiorenne con capacità di agire, consapevole che in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero:

- potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000)
- non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARO

essendo impossibilitato a sottoscrivere a causa del seguente impedimento:

Luogo, data _____ Firma del dipendente _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall’ASUIUD solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.