	[spazio riservato all'ente]	

Domanda di autenticazione di sottoscrizioni su istanze e dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà a domicilio

IMPORTANTE: **- Sarà necessario allegare <u>certificazione medica</u> per i titolari del documento con età inferiore agli 80 anni.**
- Tutti i campi sono obbligatori e necessari per l'elaborazione della richiesta.

1. IL SOTTOSCRITTO

Cognome:	Nome:	Data di nascita: ____ / ____ / _____

2. DOMICILIAZIONE DELLE COMUNICAZIONI RELATIVE AL PROCEDIMENTO
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Indirizzo PEC o Email per le notifiche del procedimento:

3. SOGGETTO INTERESSATO [ ] Per sé stesso [ ] Per conto di:

Cognome:	Nome:	Codice Fiscale:	
Data di nascita: ____ / ____ / _____	Sesso: [ ] M [ ] F	Luogo di nascita:	Cittadinanza:

CHIEDE

4. L'AUTENTICAZIONE DEI SEGUENTI ATTI

5. EVENTUALI ANNOTAZIONI

6. LUOGO DOVE EFFETTUARE IL SERVIZIO A DOMICILIO

Comune: GENOVA	Indirizzo (Via / Piazza):	Civico:	CAP:
Presso Struttura (RSA, Ospedale, ecc.):			
Contatti per concordare l'appuntamento a domicilio:	Telefono:	E-mail:	

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR UE 2016/679 - D.Lgs. 196/2003)

[X] Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul portale istituzionale dell'Amministrazione.

SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA

Luogo:	Data: ____ / ____ / _____	Il Dichiarante (Firma leggibile):

SPAZIO DESTINATO ALL'UFFICIO

OPERATORE RICEVENTE: