

**DICHIARAZIONE DA PARTE DI FAMILIARE DI SOTTOSCRITTORE
TEMPORANEAMENTE IMPEDITO PER MOTIVI DI SALUTE**

(DPR 445/2000 art.4 c.2)

Il sottoscritto, nato a

il, in qualità di del
(INDICARE IL GRADO DI PARENTELA)

Sig. nato a

il e residente a

in Via, sotto la propria
responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art.76 del DPR 28.12.2000 n.445 e
dall'art.495 del C.P. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- che il predetto è temporaneamente impedito per motivi di salute a rendere la presente
dichiarazione/sottoscrizione;

- che lo stesso

Faenza,

IL DICHIARANTE



COMUNE DI FAENZA
Servizi Demografici

Bollo
*

Ai sensi dell'art.4 c.2 del DPR 28.12.2000 n.445, attesto che il dichiarante Sig.
..... identificato mediante
ha oggi reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Faenza,

* Atto soggetto ad imposta di bollo, a sensi dell'art.1 della tariffa All.'A' al DPR 642/72, a meno che il
relativo uso sia esente per legge.

□ □ □

Il presente documento può valere anche nei confronti dei privati che vi consentano, i quali sono da me
autorizzati al controllo, ai sensi degli artt.2 e 71 del DPR 28.12.2000 n.445.

IL DICHIARANTE

Faenza,