



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**Allegato B**

Modulo da utilizzare in caso di

**IMPEDIMENTO ALLA FIRMA DA PARTE DEL TITOLARE DELLA PRESTAZIONE**

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2, DPR 445/2000 (Funzionario incaricato dal Sindaco, Funzionario Inps, Notaio, Cancelliere, Segretario comunale), utilizzando il presente modulo.

Io sottoscritto Funzionario incaricato \_\_\_\_\_

**Ricevo, dichiarando autentica la firma apposta, la seguente dichiarazione da parte del**

Sig./Sig.ra Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

*“Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e, nel caso di dichiarazioni mendaci, dalla decadenza dai benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità*

**DICHIARO CHE**

Il Sig./ la Sig.ra Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**NON E' IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE ALCUN ATTO in quanto,**

Impossibilitato a firmare:

Poiché impedito per cause di natura fisica

Poiché incapace di scrivere

Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (DPR 445/2000 art. 4 comma 2)

Data \_\_\_\_\_

Firma del parente dichiarante

\_\_\_\_\_

Firma del Funzionario incaricato

\_\_\_\_\_

