

Amministrazione destinataria

Regione Toscana

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

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

### Il sottoscritto

|                      |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                              |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      |                             | Codice Fiscale       |                               |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      |                             | <input type="text"/> |                               |                      |                              |                      |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                             | Cittadinanza         |                               |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                               |                      |                              |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                              |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico                      | Barrato              | Scala                         | Piano                | SNC <input type="checkbox"/> | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                              |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                              |                      |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### Soggetto interessato

per conto della propria persona

per conto di

|                      |  |                      |                      |  |                      |  |  |  |
|----------------------|--|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|--|--|
| Cognome              |  | Nome                 |                      |  | Codice Fiscale       |  |  |  |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |                      |  | <input type="text"/> |  |  |  |
| Data di nascita      |  | Sesso                | Luogo di nascita     |  | Cittadinanza         |  |  |  |
| <input type="text"/> |  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |  |  |

### CHIEDE

l'autenticazione della sottoscrizione dei seguenti atti

### Atti da sottoscrivere

**In quanto impossibilitato a venire in Comune e residente in**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

**Oppure ricoverato presso**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato              | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Reparto              | Piano                | Stanza               | Numero letto         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Eventuali annotazioni**

**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 di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

**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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Luogo

Data

Il dichiarante