



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 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) _____

del 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 _____



DATA E LUOGO, _____

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, attesto che il dichiarante _____
identificato mediante _____
ha oggi reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

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.

Pag. 2

tel.

055055