

L'autocertificazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (funzionario inps, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco), utilizzando il presente modulo. Qualora si consigli un modulo differente è necessario che contenga le medesime informazioni

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione

Sig./Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

Impossibilitato a firmare la delega/revoca delega alla riscossione della quota associativa

poiché impedito per cause di natura fisica

poiché incapace a scrivere

Compilata e sottoscritta dal

Sig./Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

Firma del compilatore _____

Data _____

Firma del Funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica dei dati