INPS

Mod. Autocert
COD.AP70

Modulo da utilizzare in caso di impedimento alla firma da parte del titolare la prestazione

L'autenticazione 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 compili 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
  - ○ 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 *(D.P.R. 445/2000 art. 4 comma 2)*

compilata e sottoscritta dal

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 _

N _ Rilasciato da _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ data *(gg/mm/aaaa)* _ _ _ _ _ _ _

Firma del parente dichiarante _

data _ _ _ _ _ _ _

Firma del funzionario _

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

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale