

**Al Signor Sindaco
del Comune di
COSEANO**

OGGETTO: Raccolta ed autentica di sottoscrizioni ai sensi del D.P.R. 445/2000, da eseguirsi presso il domicilio di persone inferme.

Il/La sottoscritt__, nato/a a
il, residente a
con la presente CHIEDE per sé/per conto di
di usufruire del servizio di autenticazione a domicilio per i seguenti atti:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Dichiara, a tal fine, che il richiedente si trova temporaneamente/permanentemente impossibilitato a recarsi presso gli Uffici Comunali in quanto affetto da

Richiede che l'intervento del funzionario comunale abbia luogo al seguente indirizzo:
..... (tel.)

....., lì

Firma
