

**NORME E CONSIGLI
PER L'ACQUISIZIONE
DELLE ISCRIZIONI
DEI PENSIONATI
ALLA UGL (PENSIONATI)**



**E LA TRASMISSIONE
DELLE DELEGHE
PER LE TRATTENUTE
SULLE PENSIONI
ALL'INPS**

La procedura riguarda esclusivamente le deleghe su pensioni già erogate; pertanto resta immutata la procedura di trasmissione delle deleghe concomitanti, ovvero: delle deleghe rilasciate insieme alle pratiche di richieste pensione inoltrate presso Patronato o il CAF UGL.

**DOVRANNO ESSERE UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE I SEGUENTI MODULI,
PENA L'IMPOSSIBILITÀ DI TRASMISSIONE ALL'INPS:**

- 1) Modulo di Iscrizione alla UGL; 2) Delega per la riscossione delle quote sindacali su pensione già erogata; 3) Revoca di delega per iscritti ad altra Organizzazione Sindacale.

**DOVRÀ ESSERE ALLEGATA LA FOTOCOPIA (DEI DUE LATI) DI UN
DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL PENSIONATO IN CORSO DI VALIDITÀ,
SCANSIONATO IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE**

In fondo al nostro sito (www.uglpensionati.it) è possibile consultare e scaricare:

- La modulistica corretta (ISCRIZIONE - DELEGA - REVOCA);
- La distinta da inviare in accompagnamento alle deleghe (con documento di identità. solo la prima volta);
- L'elenco dei codici alfanumerici e degli altri Sindacati Pensionati (necessari per le revoche);
- I codici e le sigle di tutte le categorie delle pensioni;
- L'elenco delle sedi INPS di tutta Italia (ordinate per Provincia).
-

**PER QUANTO CONCERNE LE MODALITÀ DI TRASMISSIONE SI POTRÀ
SCEGLIERE FRA DIVERSE OPZIONI:**

• **LA TRASMISSIONE TRAMITE DEGLI OPERATORI DI PATRONATO, PRESENTI**

nelle vostre strutture, accertandovi che siano abilitati alla trasmissione delle deleghe **esclusivamente** dalla Federazione Nazionale Pensionati della UGL.

• **LA TRASMISSIONE DIRETTA ALL'INPS**

Richiedere alla Federazione Nazionale Pensionati l'abilitazione del servizio on line dell'INPS.

In questo caso dovrà essere indicata la figura di un responsabile in possesso di SPID, rilasciato su richiesta (tramite Poste Italiane), in sostituzione del PIN, specificandone dati e recapiti.

In risposta verrà inviata una modulistica per la registrazione all'INPS di un'utenza, di cui l'incaricato sarà personalmente responsabile; all'avvenuta abilitazione saranno inviate precise indicazioni per l'accesso all'area del sito INPS dedicato ai Rappresentanti Sindacali; di seguito troverete le indicazioni sulle corrette modalità di trasmissione delle deleghe; coloro i quali ricevono l'abilitazione personale, devono tenere ben presenti le leggi che



regolano l'uso dei dati e **l'assoluto divieto di fornire a persone o Organizzazioni al di fuori della nostra Federazione dati o elenchi per usi diversi da quelli Sindacali.**

A seguito della concessione dell'abilitazione, sarà attribuito un codice struttura, che vi verrà comunicato dalla Federazione Nazionale;

Il Codice Struttura dell'Associazione che vi viene assegnato, a seguito dell'avvenuta abilitazione da questa Segreteria, deve sempre essere riportato tale e quale, senza alcuna variazione, in fase di inserimento telematico, della nuova delega nel campo seguente che apparirà nella schermata di inserimento dati, nella sezione Sindacati dell'INPS

DATI DEL SINDACATO

Il pensionato dichiara l'iscrizione all'associazione **7 UGL-PENSIONATI FEDERAZIONE NAZIONALE PENSIONATI UGL** in favore della quale verranno effettuate le trattenute

CODICE STRUTTURA
DELL'ASSOCIAZIONE

Il codice struttura del sindacato è un dato gestionale dell'Associazione, che verrà restituito tale e quale nella banca dati per le ricerche. Attraverso questo campo è possibile distinguere le deleghe secondo esigenze dell'associazione, ad esempio per la distinzione delle deleghe delle diverse strutture territoriali dell'Associazione.

• **LA TRASMISSIONE TRAMITE LA FEDERAZIONE NAZIONALE UGL PENSIONATI**

In questo caso si dovranno inviare completamente compilati i modelli, scansionati e con allegato il documento del pensionato in entrambi i lati, sempre in maniera chiara e leggibile; dovranno inoltre, sempre essere accompagnati da una **distinta** e dal documento di colui che acquisisce e invia le deleghe.

INDICAZIONI E REGOLE PER UNA CORRETTA COMPILAZIONE E TRASMISSIONE DELLE NUOVE DELEGHE

- **L'originale della delega e l'eventuale revoca sottoscritti dal titolare del trattamento pensionistico e copia del documento di riconoscimento, dovranno essere custoditi, in formato cartaceo, secondo la normativa vigente in materia e fino a concorrenza dei termini ordinari di prescrizione (5 anni), al fine di consentire le eventuali verifiche a cui procede l'INPS chiedendo di confrontare le copie inviate con gli originali;**
Questa verifica avviene di norma , a campione, ogni anno.
- **Nella domanda di iscrizione vanno indicati anche i recapiti telefonici e, se in possesso, l'e mail del pensionato, al fine di poterlo contattare, in caso di mancanza o inesattezza dei dati, per completare la pratica;**
- **I moduli (domanda di iscrizione, delega e revoca) vanno compilati in ogni campo e in maniera chiara e leggibile; l'inserimento del numero della pensione, il codice e la sigla della categoria della pensione e la sede INPS su cui si procede alla delega e/o revoca che sono obbligatori.**
- **E' importante quindi consultare **gli elenchi** delle categorie delle Pensioni, gli elenchi delle sigle Sindacali per le revoche, l'elenco delle sedi INPS in disponibilità sul nostro sito www.uglpensionati.it (nella parte finale), e per gli utenti abilitati, nella schermata di inserimento nuove deleghe INPS, nella categoria "VISTE".**

- Il numero e la categoria della pensione si possono verificare sul certificato di pensione - Modello OBIS M , sulla Certificazione Unica o sul CUD.

Datare sempre la delega.

contestualmente alla firma del pensionato; qualora mancante o superiore a quella indicata come termine massimo dall' INPS (90 giorni) è necessario contattare il pensionato, farsi confermare l'adesione e far compilare e firmare una nuova delega;

- Verificare sempre che i dati sul modello (compreso l'indirizzo di residenza) corrispondano a quelli del documento valido (sulla copia del documento deve essere leggibile la data del rilascio e quella di scadenza) che il pensionato allega alla richiesta.
- Verificare la sede INPS che eroga la pensione (non sempre corrispondente alla provincia di residenza) e specificare anche il codice numerico della sede .
- Scrivere in maniera leggibile il codice fiscale; se possibile inviare scansione della tessera sanitaria.
- Apporre il timbro della struttura di appartenenza e la firma del Responsabile Sindacale nella delega. La firma deve essere apposta sempre per esteso e in maniera leggibile;
- Effettuare subito l'operazione di trasmissione all'INPS della delega al termine della prestazione che si è fornita.
- In caso di revoca è obbligatorio specificare sia il codice alfanumerico che la sigla del Sindacato da cui si revoca; al terzo tentativo di inserimento con codice sindacato errato, la delega sarà automaticamente bloccata e non potrà più essere trasmessa se non da altra utenza.
Si consiglia, se non si fosse sicuri, di inviare il modello delega, compilato completamente con documento allegato, mentre nel modulo revoca firmato andrà lasciato non compilato lo spazio per il sindacato da revocare, e provvederemo alla trasmissione.
 Oppure, per i titolari di abilitazione (si potrà dopo il primo tentativo fallito di trasmissione all'INPS), richiedere alla Federazione (06 48904445, E mail - pensionati@ugl.it), inviando il modulo delega sempre completamente compilato, datato, firmato e timbrato e il documento del pensionato, di verificare il sindacato da revocare;
- In caso di più deleghe per lo stesso intestatario, su più pensioni congiunte a revoche ma di diverse sigle sindacali, è necessario compilare per ogni singola pensione, per cui si deve revocare, 1 singolo modulo revoca.
- Questo perché, se è possibile effettuare delega per due o più pensioni sullo stesso modello, per la revoca (sul modello e per l'acquisizione telematica dei dati) è prevista l'indicazione di una sola sigla sindacale da revocare.

Si ricorda che per le pensioni ex INPDAP ed ex ENPALS sia il codice che la sigla della categoria e il numero della pensione sono cambiati:

- Ex ENPALS (Lavoratori dello Spettacolo) categoria pensione da 201 a 212 con diverse sigle;
- Ex INPDAP (Dipendenti Pubblici ed Enti Locali) categoria pensione da 213 a 242 e diverse sigle.

Non potranno essere accettati moduli con cancellazioni o sbianchettature, proprio in virtù della legge sulla riservatezza e l'utilizzo dei dati e sulle verifiche, molto severe, dell'INPS che comportano, in caso di errori reiterati (più di 2 tentativi di trasmissione deleghe con sindacato errato, residenza errata, documento non valido etc), blocchi della delega, blocchi delle utenze e sanzioni economiche.

Si ricorda e si consiglia quindi, prime di far firmare il modulo, di accertare che la delega riporti tutti i dati esatti, che sia chiaramente indicato che la stessa viene rilasciata a favore della UGL Pensionati e che il documento allegato sia in corso di validità e chiaramente leggibile.

La Segreteria della Federazione resta a disposizione per qualunque chiarimento al numero telefonico 0648904445 - E mail : pensionati@ugl.it

CONTINUA

LA LOTTA

ALLE PENSIONI

- DISCONOSCIMENTO DEI DIRITTI ACQUISITI
- MODIFICHE NEGATIVE ALL'ETÀ PENSIONABILE
- MANCATE PEREQUAZIONI
- DISCRIMINAZIONI



E LA PERSECUZIONE

DEI PENSIONATI

- TICKETS SULLA SALUTE
- PENSIONI DA FAME
- EMARGINAZIONE
- TASSE INIQUÉ

**I PENSIONATI DEVONO RITROVARE LA FIDUCIA IN SE STESSI
PER COSTRUIRE DIRETTAMENTE UN FUTURO MIGLIORE
CON LA FEDERAZIONE PENSIONATI UGL**

STRUTTURA UGL CHE TRASMETTE LE DELEGHE

INCARICO _____
COGNOME E NOME _____
RECAPITI TELEFONICI _____
RECAPITO E MAIL _____
D. IDENTITÀ ALLEGATO _____

ALLA FEDERAZIONE NAZIONALE UGL PENSIONATI
VIA PRINCIPE AMEDEO, 23
00185 ROMA
E MAIL: - pensionati@ugl.it e/o cmannucci@ugl.it
FAX: 06 48930972
TEL: 06 48904445 - 0687679897

**OGGETTO: SPEDIZIONE DI DELEGHE / REVOCHE SINDACALI PER LA TRASMISSIONE TELEMATICA ALL 'INPS
AI FINI DELLA RISCOSSIONE DELLA QUOTA SINDACALE SU PENSIONE.**

INVIO, IN ALLEGATO N. _____ ISCRIZIONE, DELEGHE / REVOCHE , ACQUISITE DAL SOTTOSCRITTO, CORREDATE DA
COPIA LEGGIBILE DEI DUE LATI DEL DOCUMENTO DÌ IDENTITÀ VALIDO DEL TITOLARE DELLA DELEGA:

NOME	COGNOME	EVENTUALE REVOCA

DICHIARO LA CONFORMITÀ E LA VERIDICITÀ DEI DATI INSERITI NELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA E DI AVER
VERIFICATO IL CONSENSO DEL PENSIONATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ATTESTATO DALLA FIRMA
DEI MODULI.

IL SOTTOSCRITTO CUSTODIRÀ IN FORMATO CARTACEO, SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE E FINO A
CONCORRENZA DEI TERMINI ORDINARI DI PRESCRIZIONE, L'ORIGINALE DELLA ISCRIZIONE, DELEGA/REVOCA
SOTTOSCRITTA DAL TITOLARE DEL TRATTAMENTO PENSIONISTICO E COPIA DEL DOCUMENTO DI
RICONOSCIMENTO

(LUOGO e DATA)



FIRMA

(firma per esteso leggibile)

Oggetto: delega alla riscossione delle quote sindacale

Il Sottoscritto

NOME _____ COGNOME _____ CF _____

NATO/A IL _____ A _____ PR _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ CAP _____ PR _____ STATO _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ NUMERO _____

con la presente dichiarazione, ai sensi della *legge 485/72*, delega l'INPS ad effettuare trattenute mensili sulle seguenti pensioni:

- CERTIFICATO N. _____ CAT. _____ DELL'ISTITUTO _____
SEDE INPS _____ N. _____
- CERTIFICATO N. _____ CAT. _____ DELL'ISTITUTO _____
SEDE INPS _____ N. _____
- CERTIFICATO N. _____ CAT. _____ DELL'ISTITUTO _____
SEDE INPS _____ N. _____

- *compresa la tredicesima e al netto dei trattamenti di famiglia, per un ammontare pari alle seguenti aliquote percentuali:*
- *0.50% sugli importi compresi entro la misura minima del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Autonomi*
- *0.40% sugli importi eccedenti, ma non superiori al doppio, la misura minima del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Autonomi*
- *0.35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Autonomi*

Tali trattenute saranno destinate al Sindacato UGL PENSIONATI

La delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca esplicitamente formulata attraverso gli stessi mezzi utilizzati per la presente dichiarazione.

Autorizza il trattamento dei suoi dati personali per le finalità previste dallo Statuto della UGL.

Si impegna a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità ed è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Timbro dell'Organizzazione sindacale

Firma del Responsabile Sindacale _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'INPS con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente in osservanza dei presupposti e dei limiti stabili del Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, saranno utilizzati al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'INPS e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'INPS la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della sua struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

OGGETTO: revoca di delega alla riscossione delle quote sindacali

Il Sottoscritto

NOME _____ COGNOME _____ CF _____

NATO/A IL _____ A _____ PR _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ CAP _____ PR _____ STATO _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

DOCUMENTO _____ RILASCIATO DA _____ IN DATA _____ NUMERO _____

titolare di pensione

- CERTIFICATO N. _____ CAT. _____ DELL'ISTITUTO _____

SEDE INPS _____ N. _____

- CERTIFICATO N. _____ CAT. _____ DELL'ISTITUTO _____

SEDE INPS _____ N. _____

- CERTIFICATO N. _____ CAT. _____ DELL'ISTITUTO _____

SEDE INPS _____ N. _____

con la presente dichiarazione ai sensi della legge 485/72, art 23 octies ed all'accordo applicativo stipulato fra le Organizzazioni sindacali e di rappresentanza dei pensionati (Art 3 dell'accordo medesimo),

chiede a codesto spett. Istituto di prendere atto, a partire dalla data di trascrizione della presente lettera, della revoca di delega già rilasciata al Sindacato _____

consente il trattamento dei dati per le finalità previste dallo Statuto dell'UGL

Luogo _____

Firma _____

Data _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'INPS con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente in osservanza dei presupposti e dei limiti stabili del Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, saranno utilizzati al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'INPS e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'INPS la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della sua struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

INDICAZIONI IN CASO DI IMPOSSIBILITA' ALLA FIRMA DEL PENSIONATO

AUTENTICA DI FIRMA PER IMPEDIMENTO PERMANENTE ALLA FIRMA

Il pensionato che non sa o non può firmare una delega alla riscossione della quota associativa per motivi di analfabetismo o di ordine fisico (ad esempio ha le mani paralizzate) che tuttavia non pregiudicano la capacità d'intendere e di volere, può rendere la dichiarazione davanti ad un pubblico ufficiale (un notaio, un cancelliere, un funzionario o un segretario comunale, un funzionario dell'istituto previdenziale e così via), il quale dopo aver accertato l'identità del dichiarante e la causa dell'impedimento, può validare quanto dichiarato. In questo caso occorre allegare alla delega il documento di autentica.

Modello Allegato n. 1

AUTENTICA DI FIRMA PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO ALLA FIRMA

Per il pensionato che si trova nell'impossibilità temporanea di sottoscrivere la delega alla riscossione delle quote associative per ragioni di salute (fase acuta di una malattia, demenza senile, tossicodipendenza, alcolismo o che si trovano in una fase di degenza post-operatoria, ecc.), la dichiarazione deve essere resa da un parente davanti al un pubblico ufficiale (un notaio, un cancelliere, un funzionario o un segretario comunale, un funzionario dell'istituto previdenziale e così via) ai sensi dell'art. 4 del DPR 20 dicembre 2000 n.445 "la dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione d'impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado"

A questo proposito si ricordiamo che i parenti in linea retta sono i genitori, i nonni, i figli, i nipoti e i pronipoti, mentre i parenti in linea collaterale sono gli zii, i fratelli e i nipoti.

Il pubblico ufficiale deve attestare l'identità del dichiarante e il grado di parentela con il soggetto temporaneamente impossibilitato alla firma.

Modello allegato n. 2

DOCUMENTO DI IDENTITÀ ATTESTANTE INCAPACITÀ ALLA FIRMA

Qualora una persona sia in possesso di un documento di identità rilasciato dal comune e attestante l'incapacità perché «illetterato» o «impossibilitato alla firma», non essendo possibile far firmare la dichiarazione, è sufficiente conservare ed allegare alla trasmissione telematica il documento di riconoscimento, corredato dalla delega alla riscossione, in virtù del fatto che in questo caso lo «status» è stato accertato dal comune e dichiarato in base a una certificazione medica o altri atti che sono stati acquisiti dallo stesso Ente.

TUTORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Le persone affette da gravi alterazioni psicofisiche o comprovati stati di demenza che, non essendo in grado di prendere decisioni autonome, esprimere liberamente la propria volontà o autocertificare stati, fatti o proprie qualità, possono essere tutelate da un soggetto nominato loro tutore. Nei casi di impossibilità anche solo parziale e temporanea di provvedere ai propri interessi, possono essere invece tutelate da un amministratore di sostegno.

In questi casi è necessario conservare e trasmettere assieme alla delega l'atto di nomina del tutore/amministratore di sostegno, unitamente alle copie di validi documenti di identità dei soggetti coinvolti.

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

Mod. Autocert.

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 utilizzi 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, deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica dei dati

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

**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, residente a in via.....

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
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art.4 c.2 del DPR 28.12.2000 n.445, attesto che il dichiarante
Sig. identificato mediante
.....
ha oggi reso e sottoscritto in mia presenza la suesesa dichiarazione.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo n. 196/03

**I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento
per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.**