

**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   
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 sua stessa dichiarazione.

Esatti i diritti di € 0,26/0,52  
Faenza, .....

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.

Il presente documento può valere anche nei confronti dei privati che vi consentano, i  
quali sono da me autorizzati al controllo, ai sensi degli artt.2 e 71 del DPR 28.12.2000  
n.445.

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_