



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sant'uri

Ospedale N.S. di Bonaria

Ufficio Cartelle Cliniche
Orario: 9,00-12,00
dal lunedì al venerdì
Tel. 070/9378270
fax 070/9378291

DICHIARANTE IMPOSSIBILITÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE

(art. 4 comma 1 e 2 D.P.R. n. 445/2000)

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, in qualità di pubblico ufficiale, attesto che la presente richiesta è stata resa in mia presenza dal/dalla Sig./ra:

_____ da me precedentemente identificato/a a mezzo documento

_____ n. _____ in quanto:

O non sa firmare O impedito fisicamente a sottoscrivere

San Gavino M.le li _____

_____ Firma pubblico ufficiale

IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE (art. 4 D.P.R. n. 445/2000)

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante.

Il pubblico ufficiale accerta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

San Gavino M.le li _____
