



Comune di Trasacco (AQ)

Piazza Mazzini - c.a.p. 67059
TEL. 0863/931120 FAX 0863/931240
C.F. 00167260660
E-Mail info@comune.trasacco.aq.it

| DELEGA RISCOSSIONE RATEI PER CHI NON PUO' FIRMARE |

La/Il sottoscritto/a.....
Nato/aIl
Residente a Via N°
Titolare di pensione di

DELEGO ALLA RISCOSSIONE

Mio/a (Indicare il grado di parentela).....
(Nome e Cognome).....
Nato/aIl
Residente a Via N°

Dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, e ne autorizzo la raccolta degli stessi, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96. Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni false o non veritiere, così come richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Trasacco lí, Il Delegante

Spazio riservato al pubblico ufficiale addetto alla autenticazione della sottoscrizione

Comune di Ufficio

Io sottoscritto funzionario incaricato dal Sindaco, ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, attesto che il delegante:

- non sa firmare.
- non può firmare .

ha reso la delega suestesa in mia presenza previo accertamento della sua identità mediante:

.....

Presso il domicilio dell'interessato sito in Trasacco in via:

.....

Trasacco lí, Il Pubblico ufficiale