

**Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà  
di chi non sa o non può firmare**  
( Art. 4, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

che non sa firmare

che non può firmare

(barrare con una X)

**DICHIARA CHE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**Spazio Riservato al pubblico ufficiale**

**Comune di**

**Ufficio di**

Io sottoscritto attesto che la dichiarazione su estesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante \_\_\_\_\_

che non sa firmare

che non può firmare

Ai sensi dell'art. 4, del D.P.R. 445/2000

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Funzionario Incaricato

\_\_\_\_\_