

**DICHIARAZIONE DA PARTE DI FAMILIARE O DELEGATO DI SOTTOSCRITTORE  
TEMPORANEAMENTE IMPEDITO PER MOTIVI DI SALUTE**  
(DPR 445/2000 art.4 c.2)

Il sottoscritto, ..... nato a .....  
il ..... e residente a ..... in Via.....  
n....., in qualità di ..... del Sig.....  
(INDICARE IL GRADO DI PARENTELA)  
..... nato a ..... il ..... e residente a  
..... in Via ..... n.....,

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

- è nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- è residente a \_\_\_\_\_
- è cittadino italiano (oppure) \_\_\_\_\_
- è in possesso di tessera sanitaria n \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE .....

Il dichiarante Sig. .... identificato mediante.....  
ha oggi reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Avvertenze:** Ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 445 del 18-12-2000, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.