

ALL'UFFICIO ANAGRAFE  
DEL COMUNE DI  
GALLIATE

IL SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A

A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_

CHIEDE

CHE LA FIRMA DEL/DELLA SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN GALLIATE IN VIA \_\_\_\_\_

SIA AUTENTICATA AL DOMICILIO DELL'INTERESSATO IN QUANTO LO STESSO E' IMPOSSIBILITATO A  
PRESENTARSI PRESSO GLI UFFICI COMUNALI PER LA FIRMA PER: \_\_\_\_\_

(CAUSA DELL'IMPEDIMENTO)

ALLEGA A TAL FINE:

- CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE L'IMPOSSIBILITA' A MUOVERSI
- FOTOCOPIA DELLA DOCUMENTAZIONE PER LA QUALE E' RICHIESTA L'AUTENTICA DI FIRMA.

GALLIATE,

IN FEDE \_\_\_\_\_

IDENTIFICATO TRAMITE \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA \_\_\_\_\_