



# COMUNE DI URGNANO

C.a.p. 24059      PROVINCIA DI BERGAMO      Tel. 035.48.71.537  
Cod. Fiscale N. 800 2565 0161      Fax 035. 89.01.73  
e-mail: [protocollo@urgnano.eu](mailto:protocollo@urgnano.eu)      PEC: [pec@pec.urgnano.eu](mailto:pec@pec.urgnano.eu)

## UFFICI DEMOGRAFICI

Al Sindaco del Comune di Urgnano (BG)  
Via Cesare Battisti, 74  
24059 Urgnano BG

### **OGGETTO: Richiesta di autentica delle sottoscrizioni a domicilio.**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_

nat \_\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,

a nome e per conto del \_\_Sig \_\_\_\_\_ nat \_\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato/a a Urgnano in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

### **CHIEDE**

Di poter usufruire del servizio di autentica delle sottoscrizioni a domicilio per sé/ \_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ in quanto

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

Dichiaro inoltre che la sottoscrizione riveste carattere d'urgenza e non è procrastinabile.

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo della Privacy 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Dichiaro, altresì, di acconsentire alla richiesta di conferma della corrispondenza fra quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dall'Amministrazione competente al rilascio della relativa certificazione.**

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
**(firma del dichiarante)**

Allegato: N. \_\_\_\_\_ certificazione medica

N. \_\_\_\_\_ documenti per i quali si richiede l'autentica