

**DELEGA PER EMISSIONE CARTA D'IDENTITA'
CON CERTIFICATO MEDICO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il _____ residente a
_____ in via _____
documento di identità/riconoscimento _____ n.

DELEGA

Nome e Cognome _____ nato/a
_____ il _____ residente a
_____ in via _____
documento di identità/riconoscimento _____ n.

**A PORRE IN ESSERE TUTTE LE OPERAZIONI NECESSARIE
ALL'EMISSIONE DELLA CARTA D'IDENTITA' DEL DELEGANTE**

Allega certificato medico che attesta le condizioni fisiche del delegante, ovvero:

- ☐ Impossibilità temporanea a deambulare
- ☐ Impossibilità permanente a deambulare
- ☐ Altre impossibilità (specificare) _____

Si precisa che nel caso di impedimento temporaneo a rilevare le impronte digitali la validità della carta di identità è pari o inferiore a 12 mesi dalla data di emissione (art. 4 comma 3 del Regolamento Europeo n. 2019/115).

Luogo e Data _____

Firma Delegante (*) _____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato

* Ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/03 e s.m.i.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.