

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.;

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di non potersi recare presso gli uffici comunali per la sottoscrizione del CUDE per il seguente motivo:

- Impedimento fisico (come da certificazione medica che si allega).
- Effettuazione di una cura salvavita (come da certificazione medica che si allega).
- Domicilio in altro comune.
- Ricovero in struttura sanitaria (come da certificazione medica che si allega).
- Altro (descrivere dettagliatamente) \_\_\_\_\_

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

Il Dichiarante  
(per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

**DELEGA AL RITIRO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
(per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Si allega il documento di riconoscimento del dichiarante e del delegato in corso di validità.

Bari, \_\_\_\_\_