

COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE**Da compilare SOLO se la presente segnalazione è firmata in presenza dell'Assistente Sociale**

Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del DPR 445/2000 dichiaro che la presente segnalazione è stata firmata in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra (*scrivere cognome e nome*) _____ della cui identità mi sono accertata/o mediante il seguente documento d'identità n° _____ rilasciato da _____ in data (*scrivere giorno/mese/anno*) _____/_____/_____

Data _____

Il Funzionario addetto _____

COMPILAZIONE A CURA DELL'UFFICIO RICEVENTE**Da compilare SOLO se la presente segnalazione viene consegnata già sottoscritta**

Ricevuto in data _____

Il Funzionario addetto _____