



**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 \_\_\_\_\_

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: MARASTON FLAVIA

CODICE FISCALE: \*\*\*\*\*

DATA FIRMA: 06/06/2025 18:13:34