

FAC-SIMILE

**ATTESTAZIONE DELLO STATO DI IMPEDIMENTO ALLA PRESENTAZIONE
DEL MODULO DI CONFERIMENTO/REVOCA DELLA PROCURA
PER L'ACCESSO AI SERVIZI ONLINE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		Data di nascita	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>		

in qualità di medico di medicina generale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) iscritto all'ordine provinciale di

<input type="text"/>	con numero	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------

attesto, avendo accertato in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, che il/la Sig./Sig.ra:

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
		Data di nascita	<input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>		

iscritto/a nell'elenco dei propri assistiti, è impossibilitato a poter presentare personalmente il modulo di conferimento/revoca della procura per l'accesso ai servizi on line dell'Agenzia delle entrate.

Timbro e Firma Leggibile del medico che rilascia
la Certificazione /Attestazione

Luogo e data