

FAC-SIMILE

ATTESTAZIONE DELLO STATO DI IMPEDIMENTO ALLA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI ABILITAZIONE/DISABILITAZIONE DELLA PERSONA DI FIDUCIA ALL'UTILIZZO DEI SERVIZI ON LINE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Data di nascita

Codice fiscale

in qualità di

medico di medicina generale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

medico presso la struttura sanitaria/residenziale

iscritto all'ordine provinciale di con numero

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

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Data di nascita

Codice fiscale

iscritto/a nell'elenco dei propri assistiti

ricoverato/a, anche temporaneamente, presso la suddetta struttura sanitaria/residenziale

è impossibilitato/a a recarsi personalmente presso un qualsiasi Ufficio territoriale dell'Agenzia delle entrate al fine di presentare la richiesta di abilitazione/disabilitazione della persona di fiducia all'utilizzo dei servizi on line dell'Agenzia delle entrate

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

Luogo e data