

Arco, _____

Spettabile
Comune di Arco
Ufficio Anagrafe
Piazza III Novembre n. 3
38062 Arco - TN -

Io sottoscritto dottor _____

nato/a a _____ - - il _____

in qualità di _____

DICHIARO

ai fini del rilascio della C.I.E.

che il Sig./la Sig.ra _____

nato/a a _____ - - il _____

residente a _____

domiciliato presso _____

è impossibilitato, per gravi motivi di salute, a recarsi personalmente presso l'U.R.P per l'acquisizione delle **impronte digitali**;

- trattasi di impossibilità **TEMPORANEA**
(durata del documento d'identità 1 anno)
- trattasi di impossibilità **DEFINITIVA**
(durata del documento d'identità 10 anni)

- è impossibilitato, temporaneamente o definitivamente, a **firmare**.

Firma e timbro del medico

Arco, _____