



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