

## MODULO DI 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  Recapito telefonico

richiede l'abilitazione all'utilizzo, nel proprio interesse, dei servizi on line elencati nelle istruzioni allegate al presente modulo, per il/la

richiede la revoca dell'abilitazione all'utilizzo dei servizi on line del/della

autorizza alla consegna in ufficio del presente modulo, perché impossibilitato/a come da attestazione allegata, il/la

autorizza l'invio del presente modulo dalla casella di posta elettronica certificata assegnata al/alla

### Sig./Sig.ra

Cognome  Nome   
Luogo di nascita  Provincia  Data di nascita   
Codice fiscale

### DURATA DELL'ABILITAZIONE

(in caso di mancata compilazione della presente sezione, l'abilitazione scade il 31 dicembre dell'anno in cui è attivata)

L'abilitazione è valida fino al 31/12/  (\*)

(\*) L'abilitazione non può avere una durata superiore al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in cui è attivata.

## DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA DI ABILITAZIONE/DISABILITAZIONE

(selezionare le caselle corrispondenti alle tipologie di documenti allegati alla richiesta)

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELLA PERSONA DI FIDUCIA

Documento di riconoscimento  Numero

Rilasciato da  Scadenza

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DELL'INTERESSATO

Documento di riconoscimento  Numero

Rilasciato da  Scadenza

**Attestazione rilasciata dal medico di medicina generale dell'interessato (medico di famiglia o suoi sostituti) o, se ricoverato anche temporaneamente presso una struttura sanitaria/residenziale, da altro medico per legge autorizzato ad attestare lo stato di impedimento dell'interessato stesso**

Luogo e data

Firma

Conforme al modello ministeriale - www.agenziaentrare.it

## COMPILARE QUESTA SEZIONE SOLO SE LA RICHIESTA DI DISABILITAZIONE E' PRESENTATA DA PARTE DI UN SOGGETTO DIVERSO DALL'INTERESSATO

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome  Nome

Luogo di nascita  Provincia  Data di nascita

Codice fiscale

TUTORE, CURATORE SPECIALE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

EREDE

**del/della Sig./Sig.ra**

Cognome  Nome

Luogo di nascita  Provincia  Data di nascita

Codice fiscale

**richiede la disabilitazione all'utilizzo dei servizi on line del/della Sig./Sig.ra**

Cognome  Nome

Luogo di nascita  Provincia  Data di nascita

Codice fiscale

STUDIO 74 - www.studio74.it

## DOCUMENTI DA ALLEGARE

(selezionare le caselle corrispondenti alle tipologie di documenti allegati alla richiesta)

COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE

Documento  
di riconoscimento

Numero

Rilasciato da

Scadenza

DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA QUALITÀ DI TUTORE, CURATORE SPECIALE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O EREDE DELL'INTERESSATO

Luogo e data

Firma