

	Amministrazione destinataria Ufficio destinatario
---	--

Trasmissione di integrazione di pagamento

Ufficio destinatario

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata				

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo								
Denominazione/Ragione sociale			Tipologia					
Sede legale								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
Codice Fiscale			Partita IVA					
Telefono		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata					
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio			Provincia	Numero iscrizione				

in relazione al procedimento

Tipo procedimento	Numero/protocollo	Data
Descrizione		

TRASMETTE

la documentazione relativa all'integrazione di pagamento effettuata.

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Presentazione non usare per la cartacea

Luogo	Data	Il dichiarante