

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	Interno
Scala	Piano	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	Interno
Scala	Piano
SNC	CAP
Codice Fiscale	Partita IVA
Telefono	Posta elettronica ordinaria
Posta elettronica certificata	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	Provincia
Numero Iscrizione	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

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)



copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura



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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.