

	Amministrazione destinataria Ufficio destinatario
---	--

Trasmissione di integrazione di pagamento

Il sottoscritto						
Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>
Telefono fisso		Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>						
Ruolo						
Denominazione/Ragione sociale					Tipologia	
Sede legale						
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	SNC <input type="checkbox"/>
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	
<small>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</small>	
<input type="checkbox"/>	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
<input type="checkbox"/>	altri allegati <small>(specificare)</small>

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