

	Amministrazione destinataria Comune di Arese 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	Barrato	Scala	Interno	SNC <input type="checkbox"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		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	Barrato	Scala	Interno	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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Presentazione non usare per la cartacea

Arese		
Luogo	Data	Il dichiarante