

	Amministrazione destinataria	
	Ufficio destinatario	

Trasmissione di integrazione di pagamento per pratiche SUE

Ufficio destinatario				
Il sottoscritto				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	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 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)	
☐	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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.
--------------------------	---

Luogo	Data	Il dichiarante