

**Amministrazione destinataria**

Comune di Cesinali

**Ufficio destinatario**

Ufficio anagrafe e stato civile

## Trasmissione di osservazioni relative ai motivi ostativi comunicati all'accoglimento della domanda

**Il/La sottoscritto/a**

|                      |                      |                      |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                               | Cittadinanza             |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                               | <input type="text"/>     |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                       | Interno                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      |                               | Scala                    |
|                      |                      |                      |                      |                               | Piano                    |
|                      |                      |                      |                      |                               | SNC                      |
|                      |                      |                      |                      |                               | CAP                      |
|                      |                      |                      |                      |                               | <input type="checkbox"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                          |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                          |

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

|                                                          |                      |                             |                      |                               |                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Ruolo                                                    |                      |                             |                      |                               |                          |
| <input type="text"/>                                     |                      |                             |                      |                               |                          |
| Denominazione/Ragione sociale                            |                      |                             |                      | Tipologia                     |                          |
| <input type="text"/>                                     |                      |                             |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Sede legale                                              |                      |                             |                      |                               |                          |
| Provincia                                                | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Interno                  |
| <input type="text"/>                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                                                          |                      |                             |                      |                               | Scala                    |
|                                                          |                      |                             |                      |                               | Piano                    |
|                                                          |                      |                             |                      |                               | SNC                      |
|                                                          |                      |                             |                      |                               | CAP                      |
|                                                          |                      |                             |                      |                               | <input type="checkbox"/> |
| Codice Fiscale                                           |                      |                             | Partita IVA          |                               |                          |
| <input type="text"/>                                     |                      |                             | <input type="text"/> |                               |                          |
| Telefono                                                 |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                          |
| <input type="text"/>                                     |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio |                      |                             |                      | Provincia                     | Numero Iscrizione        |
| <input type="text"/>                                     |                      |                             |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |

**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 certificata**

**in relazione ai motivi ostativi all'accoglimento della domanda comunicati**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Protocollo           | Data                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**relativi alla domanda**

|                                                                  |                      |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Numero protocollo (in formato numerico senza caratteri speciali) | Data protocollo      |
| <input type="text"/>                                             | <input type="text"/> |

## TRASMETTE

le seguenti osservazioni, comprensive degli eventuali allegati a supporto

### Osservazioni trasmesse

|                                          |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|------------------------------------------|

### ☐ referente per la pratica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

### 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 in formato P7M (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.

Cesinali

Luogo

Data

il dichiarante