

Il sottoscritto: Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di legale rappresentante dell'azienda

Ragione sociale _____ Cod. Id. Azienda _____

Partita I.V.A.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

**DELEGA
a comunicare le denunce inerenti la gestione del Fondo**

☐ Associazione di categoria

☐ Società di servizi

☐ Studio di Consulenza

Denominazione _____

Partita I.V.A.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Città' _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Indirizzo _____ n. _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Consulente: Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome _____ Cognome _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' (a cura del Rappresentante Legale)

Il /La sottoscritto/a _____
dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità civile e penale, che le informazioni e i dati contenuti nel presente modulo sono rispondenti al vero e si impegna a comunicare entro 30 giorni qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.
Allega copia del documento di identità ai sensi del citato decreto.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____