

Alla Provincia di Frosinone
Settore Tributi e Concessioni
P.zza A. Gramsci, 13
03100 Frosinone

RICHIESTA DI ESERCIZIO DELL'AUTOTUTELA

Io sottoscritt _____ nat ____ a _____
il _____ residente a _____
via/piazza _____ tel. _____
codice fiscale _____

Questa parte deve essere compilata solo nel caso in cui la richiesta venga presentata per una ditta/ società.

in qualità di titolare legale rappresentante altro (specificare) _____
della ditta/società _____
con sede in via _____ città _____ prov. _____
codice fiscale/partita Iva _____

CHIEDO

di riesaminare e di procedere all'annullamento totale / parziale del seguente atto: Avviso N. _____
per le motivazioni che seguono:

Allegati:

Sono consapevole che questa richiesta sospende i termini di cui all'avviso bonario, impegnando l'Amministrazione a fornire le dovute risposte.

DELEGO
(compilare se interessa)

alla presentazione questa richiesta signor _____
tipo documento di riconoscimento _____, n° _____, rilasciato il
_____ da _____.

Allego la fotocopia del documento di riconoscimento

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

AUTORIZZO

la Provincia di Frosinone ad inviarmi tutte le future comunicazioni al seguente indirizzo:

- e-mail: _____ @_____
- Posta elettronica certificata: _____ @_____
- Recapito telefonico: _____

e mi impegno a comunicare ogni eventuale variazione.

DICHIARO

con la presente dichiarazione di autorizzare ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successivi il trattamento dei miei dati personali svolto con le modalità e per le finalità da me sopra indicate ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili come da informativa visionabile dalla pagina:

<http://www.provincia.fr.it/sxshowcontent.aspx?sxl1=18>

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

SEZIONE COMPILATA A CURA DELL'ADDETTO DELL'UFFICIO

Identificazione del Richiedente Delegato (a cura dell'addetto che riceve l'istanza)

Nome _____ Cognome _____

Documento: tipo _____ n° _____

Rilasciato il _____ da _____

Firma leggibile dell'addetto _____