Amministrazione destinataria

Comune di Campodarsego

Domanda di esercizio del potere sostitutivo

Ai sensi dell'articolo 2 della Legge 07/08/1990, n.241

Ufficio destinatario

Il sottoscritto							
Cognome			**Nome**			**Codice Fiscale**	
Data di nascita	**Sesso**	**Luogo di nascita**				**Cittadinanza**	
Residenza							
Provincia	**Comune**		**Indirizzo**		**Civico**	**Scala**	**Int.**	**CAP**
Cellulare	**Telefono Fisso**		**e-mail**		**PEC**		
in qualità di *(la sezione seguente deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*							
Ruolo							
Denominazione/ragione sociale					**Tipologia**		
Sede legale							
Provincia	**Comune**		**Indirizzo**		**Civico**	**Scala**	**Int.**	**CAP**
Codice Fiscale				**Partita IVA**			
Telefono		**e-mail**			**PEC**		
Iscrizione alla Camera di commercio			**Provincia**	**Numero iscrizione**			

Domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento *(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*
Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'esercizio del potere sostitutivo relativamente al seguente procedimento amministrativo

Numero di protocollo	**Data di protocollo**
Breve descrizione	
che avrebbe dovuto concludersi entro il giorno	**data**
Eventuali annotazioni	

Elenco degli allegati *(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*	
	copia del documento d'identità *(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
	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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	**Data**	**FIRMA del dichiarante**