



Amministrazione destinataria

Comune di Capralba

Ufficio destinatario

Ufficio Segreteria

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 | | | | |
| <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 | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <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 | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 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"/> | | | | | |

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

CHIEDE

l'esercizio del potere sostitutivo relativamente al seguente procedimento amministrativo

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

che avrebbe dovuto concludersi entro il giorno

Data

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

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

copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

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.

Capralba

Luogo

Data

il dichiarante