

Amministrazione destinataria

Regione Marche

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

Comunicazione di adozione delle misure relative alla conformazione

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome		Codice Fiscale			
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC ☐
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>							
Ruolo							
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia	
Sede legale							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC ☐
Codice Fiscale			Partita IVA				
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio				Provincia	Numero Iscrizione		

in relazione alla

Tipo richiesta di conformazione

- ☐ richiesta di conformazione senza sospensione
- ☐ richiesta di conformazione con sospensione

Protocollo	Data

relativa alla segnalazione certificata di inizio attività

Numero protocollo (in formato numerico)	Data protocollo

COMUNICA

l'adozione delle misure adottate al fine di conformare l'attività intrapresa e i suoi effetti alla normativa vigente, come prescritto dalla richiesta di conformazione sopra indicata.

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 (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

Il dichiarante