

**Amministrazione destinataria**

Comune di Alfedena

**Ufficio destinatario**

Area Amministrativa

**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         | Barrato                       | Interno | Scala | Piano | SNC | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |         |       |       |     |     |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|                |           |                               |           |           |         |                             |       |                               |     |     |
|----------------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|---------|-----------------------------|-------|-------------------------------|-----|-----|
| Ruolo          |           | Denominazione/Ragione sociale |           | Tipologia |         |                             |       |                               |     |     |
| Sede legale    | Provincia | Comune                        | Indirizzo | Civico    | Barrato | Interno                     | Scala | Piano                         | SNC | CAP |
| Codice Fiscale |           | Partita IVA                   |           | Telefono  |         | Posta elettronica ordinaria |       | Posta elettronica certificata |     |     |

**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 |
| Breve descrizione  |                 |

**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.

Alfedena

**Luogo**

**Data**

**il dichiarante**