

# AUTORIZZAZIONE ALLA MODIFICA DEL REFERENTE ACCREDITATO

Il sottoscritto

nome

cognome

codice fiscale

nato a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di **Legale Rappresentante** della sottoindicata impresa:

## SOGGETTO ECONOMICO

**Codice Fiscale**

**Partita IVA**

Ditta/Denominazione o  
Ragione sociale:

Indirizzo sede legale

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## AUTORIZZA

alla **modifica/aggiornamento del referente accreditato** nella persona di

nome

cognome

**C.F.**

**email**

nato a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Allega alla presente una copia del proprio documento di identità.

data \_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_