

DOMANDA DI LIMITAZIONE

UIBM

N° _____

Foglio aggiuntivo n. 2

bollo

2. RICHIEDENTE

PERSONA FISICA

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

N. Civico**

Fax

PEC

Cap**

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email CECPAC

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

N. Civico**

Fax

PEC

Cap**

PERSONA GIURIDICA

C.F. o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Nazione sede legale*

N. Civico**

Fax

PEC

Cap**

C.F. o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Nazione sede/filiale*

N. Civico**

Fax

PEC

Cap**

Campi obbligatori*** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea******* Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti in possesso di codice fiscale o partita iva rilasciati da un Ente italiano**

FIRMA DEL RICHIEDENTE