

RICHIESTA DI ANNULLAMENTO E ARCHIVIAZIONE DI UNA PRATICA

DATI DEL RICHIEDENTE

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------|
| Cognome | Nome | |
| | | |
| Luogo di nascita | Data di nascita | |
| | | |
| Via/piazza | Numero civico | |
| | | |
| Comune | Provincia | CAP |
| | | |
| Codice fiscale | Cittadinanza | |
| | | |
| Numero di telefono fisso | Numero di telefono mobile | |
| | | |
| Indirizzo email | Indirizzo PEC | |
| | | |

IN QUALITÀ DI

- Persona fisica
 Persona giuridica

| | | |
|---|------------------|----------------------|
| Denominazione | | |
| | | |
| Tipologia dell'organizzazione | | |
| <input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Ente del terzo settore <input type="checkbox"/> Altro _____ | | |
| Ruolo ricoperto dal richiedente nell'organizzazione | | |
| | | |
| Via/piazza della sede legale dell'organizzazione | | Numero civico |
| | | |
| Comune della sede legale | Provincia | CAP |
| | | |

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Codice fiscale | Partita IVA |
| | |
| Numero di telefono fisso | Numero di telefono mobile |
| | |
| Indirizzo email | Indirizzo PEC |
| | |

RICHIESTA

Chiedo che venga annullata e successivamente archiviata la seguente pratica:

| | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| Numero di protocollo | Data di protocollazione |
| | |
| Descrizione della pratica | |
| | |

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali, pubblicata sul sito internet del Comune, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Il richiedente

_____, ____/____/____

DA ALLEGARE:

- Documento d'identità in corso di validità del richiedente.