

Il sottoscritto

COGNOME

NOME

COMUNE O LUOGO DI NASCITA

PROV.

DATA DI NASCITA (GGMMAAAA)

titolare/legale rappresentante dello Studio professionale di consulenza

INDIRIZZO

CITTÀ

PROV.

C.A.P.

CODICE FISCALE

P. IVA

E-MAIL

TELEFONO

CHIEDE L'ABILITAZIONE PER L'INVIO DELLE DENUNCE TELEMATICHE PRESSO LA CASSA EDILE DEL MOLISE

DICHIARA CHE IL SUO STUDIO ASSISTE LE IMPRESE INDICATE NEL SOTTOSTANTE ELENCO:

N. POSIZIONE

IMPRESA

DATA

TIMBRO E FIRMA