

--

Tipo di attività(3) _____

Indirizzo sede legale: _____

Tel.: _____ tel.: _____ fax: _____

Tel.: _____ tel.: _____ fax: _____

Comune prov. C.A.P.

e-mail: _____

Altro recapito telefonico _____

Cognome _____ Nome _____

Data nomina _____ durata _____ data cessazione mandato _____

Indirizzo _____

_____ Comune _____ prov. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

tel. _____ fax. _____ cell. _____

Note: _____

(3): Indicare la definizione o la lettera corrispondente dell'articolo 2 comma 2 L.R. n. 6/2007.