

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

*(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46)*

Il/La sottoscritto/*a*………………………………………………….…………………....…………..

nato/*a* a ……………………………………………………... Prov ……… il …../.…./….……….

codice fiscale ..…………..…………………. residente in ………..….………………………….. Prov ….… Via/Piazza ….………………………………………………. n. ….….., C.A.P.……..

tel …………..…………. fax ……………. e - mail …………………….…………………………,

**D I C H I A R A**

consapevole che, ai sensi dell’art 76, D.P.R. 28 dicembre 2000, n 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci **è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**

di avere la qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della seguente persona giuridica/

/società/Ente:……………………………………..Codice Fiscale/PI ……………….……………

con sede legale in ……………………………………….....………………….. Prov. …..……….

Via/Piazza …………………….…………………… n. ……….……….… C.A.P. ……………….

tel …………………. fax …….………. e - mail ……………………………………………………

* *(sezione da compilare in caso di dichiarazione relativa a società fusa o incorporata)* che ha fuso/incorporato la società………………………………………………………………Codice Fiscale/PI………………………con effetto dal …………………………………………………
* *(sezione da compilare in caso di dichiarazione relativa a società trasformata)* già ………………………………………………………………..……trasformata con atto del ……………………………….................................................................................................
* di essere stato nominato CURATORE FALLIMENTARE del fallimento n……………………relativo a ……………………………..C.F…………………………..dal Tribunale di ………………………………… con provvedimento n ………..………………… del …..../..…../……….. e di esercitare attualmente le relative funzioni.
* di avere la qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE del/la minore: ………………………………………………..……. Codice Fiscale …..……………………….

nato il ………………..………..… a …………….……………......…………..…………. residente inVia/Piazza: .………………………………………………………….……………….. n. …………………… C.A.P. …………….

* di essere stato nominato:
  + TUTORE del/la minore/interdetto/a
  + AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
  + CURATORE dell’inabilitato/a 1/2

Nome/Cognome ……………………..……….. Codice Fiscale ………….………….……….

nato il …………………………… a …………….……….....…………………….. residente in Via/Piazza …………………….……………….. n. …………………… C.A.P. ………………

dal Tribunale di………….………………….. con provvedimento n ………………………….

del …..../..…../……….. e di esercitare attualmente le relative funzioni.

* di essere stato nominato AMMINISTRATORE DEL CONDOMINIO …………………………..C.F.…………………………………con Verbale assembleare n…………………..………………del …..../..…../……….. e di esercitare attualmente le relative funzioni.
* di avere la qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della Associazione/Fondazione/ dell’Ente……………………………………………………….con sede .................................. in……………………………Via/Piazza………………………..n. ………. CAP …………….., regolarmente iscritta/o nel Registro delle Persone Giuridiche della Prefettura UTG di …………………………. al n………………….. del ….…………………………………………
* altro *(specificare)*………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………..................................................................

Data …......./..…….../………….. Firma ……………………………………………………………

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*(art. 13, D.Lgs. n. 196/2003)*

L’interessato dichiara di essere stato informato che il trattamento dei dati personali raccolti con la presente dichiarazione, ivi compresi quelli contenuti nei relativi allegati, è finalizzato esclusivamente all’istruttoria e al perfezionamento del riscontro alla richiesta effettuata ad Equitalia Servizi di Riscossione SpA, e autorizza la società stessa al trattamento dei dati personali ivi contenuti, che potranno essere trattati con strumenti elettronici e non, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità e comunque nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Il conferimento delle informazioni richieste è facoltativo ma necessario in quanto l’eventuale rifiuto da parte dell’interessato a fornirle comporta l’impossibilità di evadere la pratica. Eventuali recapiti forniti dall’interessato (posta elettronica, telefono, fax, indirizzo) potranno essere utilizzati dalla società per comunicazioni successive in risposta alla richiesta effettuata a Equitalia Servizi di Riscossione SpA. I dati trattati potranno essere comunicati agli enti creditori o ad altre Pubbliche Amministrazioni/Gestori di pubblici servizi di volta in volta interessati per le necessarie verifiche. Le richieste per l’esercizio dei diritti di cui all’art. 7, D.lgs. n. 196/03 potranno essere rivolte al Titolare del Trattamento Equitalia Servizi di Riscossione SpA, tramite consegna presso gli sportelli di riscossione aperti al pubblico.

Luogo ………………..…………..… Data …..../……../……... Firma dell’interessato ………..….………………………

2/2