



DATA RICHIESTA	DATA EVASIONE	L'ADDETTO
RICHIEDENTE	_____	
PER CONTO DI	_____	
TEL	_____	
FAX	_____	
E-MAIL	_____	

HA CHIESTO

N. COPIE _____	<input type="checkbox"/> AUTENTICHE	<input type="checkbox"/> SEMPLICI
----------------	-------------------------------------	-----------------------------------

DEI SEGUENTI ATTI:

1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____

CONTENUTI NEL FASCICOLO N. R.I. _____ - N. R.E.A. _____

DELL'IMPRESA _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003
("Codice in materia di protezione dei dati personali")

I dati personali conferiti verranno trattati per il procedimento relativo al rilascio del prodotto/servizio richiesto con il presente modulo.

Il trattamento avverrà nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le finalità di cui al punto precedente.

L'informativa completa è disponibile nel sito camerale www.tv.camcom.it alla voce privacy.

FIRMA ADDETTO AL SERVIZIO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

ACCONTO € _____	TOTALE € _____
	SALDO € _____

DIRITTI DI SEGRETERIA

1) Archivio cartaceo: €5 per atto + €0,10 per pagina estratta

2) Archivio ottico: €6,00

PER COPIE CONFORMI:**MARCHE DA BOLLO N. _____ PER OGNI 4 FACCIATE O OGNI 100 RIGHE**