



SETTORE ANAGRAFICO CERTIFICATIVO

MODULO DI RICHIESTA CERTIFICATO STORICO REGISTRO DITTE

Nome richiedente _____

indirizzo _____

C.A.P. _____ Prov. _____ Tel/Cell _____ E mail _____

RICHIEDE

di estrarre copia del cartellino per il successivo rilascio del certificato storico Registro ditte

del/la sig./ra: Cognome _____ Nome _____

nato a: _____ il _____

in qualità di titolare/socio della ditta/società

(*) _____

data e luogo di nascita del titolare/socio _____

N. REA O N. REGISTRO DITTE (se conosciuti) _____

descrizione dell'attività esercitata _____

periodo di svolgimento dell'attività: dal _____ al _____

Treviso, li _____

Firma del funzionario ricevente

Firma del richiedente

NOTE VARIE (es. denominazione o ragione sociale ditta o società precedente a quella di interesse, nominativo precedente titolare, luogo di esercizio dell'attività, ecc.): _____

(*) indicare il cognome e nome del titolare per le ditte individuali oppure la denominazione o ragione sociale per le società