Modello da inviare via fax al n. 06 45440739.
Si prega di scrivere in stampatello.

IMPRESE

Spett.le Assilea Servizi
Data __/__/____

Io sottoscritto (cognome, nome) _____

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

nato il __/__/____ sesso F M

nato a _____ Provincia ____

Residente (o domiciliato) in _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

in qualità di Legale Rappresentante / Titolare dell'azienda

_____

Codice Fiscale (indicare solo se società): | | | | | | | | | | |

Partita IVA: | | | | | | | | | | |

con sede in _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Telefono[1] _____ Fax _____

Indirizzo e-mail _____

La seguenti sezione è utile per conoscere il motivo della sua richiesta. Compili solo quello che interessa.

Chiede di conoscere:

- ☐ se nella BDCR Assilea esistono dati personali che mi riguardano
- ☐ di quali dati si tratta, della loro origine e dei soggetti che li hanno comunicati
- ☐ le finalità del trattamento

Al fine di consentire o agevolare la risposta alla mia richiesta, allego:

- Copia leggibile di un documento di identità, indispensabile per la mia identificazione
- Copia del documento di iscrizione alla Camera di Commercio, indispensabile per l'identificazione della suddetta azienda

Firma

_____

[1] I recapiti telefonici permettono ai nostri addetti di contattarla per accelerare la pratica. I recapiti forniti saranno utilizzati sono ed unicamente a tale scopo, escluso ogni ulteriore o diverso utilizzo.