

OGGETTO: MODELLO 4 - ISTANZA VARIAZIONE DI INDIRIZZO

Il sottoscritto cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente nel Comune di _____
Provincia _____ Via/Piazza _____
Codice fiscale: _____
In qualità di _____
della ditta _____ Id. ditta _____
con sede legale in _____ via _____
N° _____ C.A.P. _____
Partita IVA/ codice fiscale _____
recapito telefonico _____ cellulare: _____
indirizzo di posta elettronica certificata PEC: _____,
email ordinaria: _____

CHIEDE

che gli avvisi di pagamento intestati alla ditta indicata in premessa siano recapitati al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente nel Comune di _____
Provincia _____ Via/Piazza _____
Codice fiscale: _____

Il/La sottoscritto/a con la sottoscrizione della presente dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, di cui una copia è pubblicata sul sito consortile www.cbsm.it (privacy), circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Cagliari, _____ Firma* _____

*La firma sarà apposta dal Funzionario preposto del CBSM nel caso compili l'istanza in assenza del contribuente (istanza telefonica – istanza d'ufficio)

Nota bene: allegare una fotocopia del documento di identità del dichiarante