

Titolare: SUAP/SUE di Castel di Lama

Pratica edilizia _____
del

--	--	--	--	--	--	--	--

Protocollo _____

da compilare a cura del SUE/SUAP

SOGGETTI COINVOLTI

1. TITOLARI (compilare solo in caso di più di un titolare – sezione ripetibile)

Cognome e Nome PICHINELLI ALBERTO codice fiscale

P	C	H	L	R	T	6	3	E	0	9	A	4	6	2	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

in qualità di ⁽¹⁾ _____ della ditta / società ⁽¹⁾ _____
con codice fiscale / p. IVA ⁽¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato a ASCOLI PICENO prov.

A	P
---	---

 stato ITALIA nato il 0 9 / 0 5 / 1 9 6 3
residente in CASTEL DI LAMA prov.

A	P
---	---

 stato ITALIA
indirizzo VIA PO n. 8 C.A.P.

6	3	0	8	2
---	---	---	---	---

PEC / posta elettronica studiomap2019@gmail.com Telefono fisso / cellulare 0736892725

(1) Da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una ditta o società