

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 TRAINI IDA codice fiscale

T	R	N	D	I	A	3	6	E	6	6	A	4	6	2	G
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 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 2 6 / 0 5 / 1 9 3 6
 residente in CASTEL DI LAMA prov.

A	P
---	---

 stato ITALIA
 indirizzo VIA FRATELLI BANDIERA n. 26 C.A.P.

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

 PEC / posta elettronica _____ Telefono fisso / cellulare _____

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