

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 VAGNONI ROSA codice fiscale V | G | N | R | S | O | 4 | 9 | T | 5 | 3 | C | 0 | 9 | 3 | M

in qualità di ⁽¹⁾ **COMPROPRIETARIO** della ditta / società ⁽¹⁾

con codice fiscale / p. IVA ⁽¹⁾ | | | | | | | | | | | | | | | |

nato a CASTEL DI LAMA prov. A | P | stato ITALIA nato il 1 3 / 1 2 / 1 9 4 9

resistente in CASTEL DI LAMA prov. | A | P | stato ITALIA

indirizzo VIA SALARIA n. 476 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

Comune di Castel di Lama Prot. n .0007893 del 01-06-2021 in arrivo