

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
MANCUSO ELVIRA
codice fiscale
|M|N|C|L|V|R|6|1|L|6|4|B|3|9|8|P|
in qualità di ⁽¹⁾ _____ della ditta / società ⁽¹⁾ _____
con codice fiscale / p. IVA ⁽¹⁾ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
nato a
CALDAROLA
prov.
|A|P|
stato
ITALIA
nato il
2 4 / 0 7 / 1 9 6 1
residente in
CASTEL DI LAMA
prov.
|A|P|
stato
ITALIA
indirizzo
CONTRADA VALENTINO
n.
5
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