

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 Fioravanti Maria Pia codice fiscale

F	R	V	M	R	P	6	3	A	4	1	A	4	6	2	O
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 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 1 / 0 1 / 1 9 6 3
 residente in Castel di Lama prov.

A	P
---	---

 stato Italia
 indirizzo Via Arno n. 48 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