

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 Fausto codice fiscale |T|R|N|F|S|T|5|1|R|0|3|C|0|9|3|E|

in qualità di ⁽¹⁾ _____ della ditta / società ⁽¹⁾ _____

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

nato a Castel di Lama prov. |A|P| stato Italia nato il 03 / 10 / 1951

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