REGIONE DEL VENETO

ANNO 2007

NUMERO DOMANDA

(da compilarsi a cura del SFR competente)

L.R. 18 GENNAIO 1994, N. 2, ARTICOLO 29 - DOMANDA DI CONTRIBUTO

SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO

QUADRO A - SOGGETTO RICHIEDENTE

SEZ. I (Dati identificativi del soggetto richiedente)

1

C.U.A.A. (CODICE FISCALE) (Obbligatorio)

PARTITA IVA (obbligatoria se posseduta)

DATA DI RILASCIO P.IVA

giorno mese anno

COGNOME O RAGIONE SOCIALE

NOME (se persona fisica)

DATA DI NASCITA

giorno mese anno

COD. ISTAT

Prov. Comune

COMUNE DI NASCITA

PROV.

DOMICILIO O SEDE LEGALE 2

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

TELEFONO

PREFISSO NUMERO

COD. ISTAT

Prov. Comune

COMUNE

PROV.

C.A.P.

UBICAZIONE INTERVENTO (solo se diverso dal domicilio o sede legale) 3

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

TELEFONO

PREFISSO NUMERO

COD. ISTAT

Prov. Comune

COMUNE

PROV.

C.A.P.

RAPPRESENTANTE LEGALE (solo per persone giuridiche o enti pubblici **)** 4

CODICE FISCALE

COGNOME

NOME

SESSO

M F

DATA DI NASCITA

giorno mese anno

COMUNE DI NASCITA

PROV.

TELEFONO

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

PREFISSO NUMERO

COD. ISTAT

Prov. Comune

COMUNE

PROV.

C.A.P.

SEZ. II -(Modalità di pagamento prescelta)

5

☐ **1 - accredito su c/c bancario (solo se il conto è intestato al richiedente)**

COORDINATE BANCARIE

Codice ABI Codice CAB N. conto corrente Istituto

Agenzia Comune Prov. C.A.P.

☐ **2 - accredito su c/c postale (solo se il conto è intestato al richiedente)**

N. Conto Corrente Comune Prov. C.A.P.

☐ **3 - emissione di assegno non trasferibile**