

Allegato 3

Modulo per sottoscrizione dell'impegno al pagamento della prestazione Arpa E.R. relativa al rilascio di parere tecnico

In ottemperanza a quanto previsto dal DPR n. 605 del 29/09/73 e successive modifiche. Vi preghiamo di compilare il seguente modulo al fine di permetterci un corretto addebito delle prestazioni richieste che sarà effettuato secondo quanto previsto dal tariffario approvato con DGR n.2000 del 27/12/2011, pubblicato sul sito www.arpa.emr.it.

Il pagamento dovrà essere effettuato dopo il ricevimento di nostra nota di addebito.

Si fa presente che in caso di omessa o inesatta compilazione, le sanzioni previste saranno a Vostro carico.

<i>Compilazione a carico del richiedente</i>	
IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE ARPA E.R. RELATIVA AL RILASCIO DI PARERE TECNICO	
Barrare la casella interessata :	
<input type="checkbox"/> DITTA	
RAGIONE SOCIALE	
Indirizzo Sede Legale Vian.	
Località e ComuneProv.....	
CAP Tel.	
PEC:e-mail:.....	
NUMERO PARTITA IVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CODICE FISCALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Azienda certificata EMAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ; ECOLABEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ; ISO14001 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (se pertinente, barrare la casella interessata e produrre autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000)	
<input type="checkbox"/> PERSONA FISICA	
Cognome Nome	
Nato a il	
Domicilio Fiscale: Vian.	
Località e ComuneProv.....	
CAP Tel.	
PEC:e-mail:.....	
CODICE FISCALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Indirizzo a cui inviare la nota : Vian.	
CAP Località e Comune Prov.....	
OGGETTO DELLA PRESTAZIONE:	
.....	
.....	
DATA	FIRMA DEL RICHIEDENTE PER IMPEGNO AL PAGAMENTO
_____	_____

L'incaricato Arpa E.R. rilascia il modulo relativo all'informazione in materia di protezione dei dati personali.