

Codice Fiscale	_____
Inviato al FAX	0642160669
Misura	MICROIMPRESA
Tipologia documento	Richiesta codice d'accesso



N.B. il campo Codice Fiscale deve essere compilato obbligatoriamente

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
ai sensi dell' art.47 del D.P.R. n.445/2000**

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome
Nome

Nato/a a _____ il _____
Luogo e provincia di nascita
Data di nascita

Residente in _____ CAP _____
Indirizzo e numero civico di residenza del dichiarante

Comune _____ Prov. _____ Telefono _____

Documento tipo _____ n. _____ Rilasciato in data _____

In qualità di rappresentante legale
 titolare della ditta/società _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di dati falsi, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 445/2000,

RICHIEDE

il recupero del codice d'accesso relativo al format on line Autoimpiego.

A TAL FINE DICHIARA

di essere consapevole che i dati richiesti verranno inviati all'indirizzo email: _____

Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.

Data _____

Firma _____

NB: il presente modulo andrà inviato ESCLUSIVAMENTE via FAX al n° 0642160669