

Rif. Pratica VV.F. num.

Spazio per controllo

Marca da bollo  
(solo su originale)**AL COMANDO PROVINCIALE DEI VIGILI DEL FUOCO DI**

Il sottoscritto

(Cognome)

(Nome)

Domiciliato in

(Indirizzo)

(Numero civico)

(CAP)

(Comune)

(Provincia)

Codice Fiscale

(Telefono)

(Fax)

(Indirizzo di posta elettronica)

(Indirizzo di posta elettronica certificata PEC)

Nella sua qualità di

(Qualifica rivestita: titolare, legale rappresentate, amministratore, ecc.)

della

(Ragione sociale ditta, impresa, ente, società, associazione, etc.)

con sede in

(Indirizzo)

(Numero civico)

(CAP)

(Comune)

(Provincia)

(Telefono)

(Fax)

(Indirizzo di posta elettronica)

(Indirizzo di posta elettronica certificata PEC)

**3° RESPONSABILE**

Nome Azienda

Numero di telefono

Indirizzo e-mail

Referente indicato  
dall'azienda**ALLEGARE ALLA PRESENTE**

- Carta d'identità dell'amministratore
- Codice Fiscale dell'amministratore