



Amministrazione destinataria

Regione Toscana

Ufficio destinatario

Ufficio Protocollo

## Domanda di esercizio del potere sostitutivo

*Ai sensi dell'articolo 2 della Legge 07/08/1990, n. 241*

Ufficio destinatario

### Il sottoscritto

|                    |                |        |                             |                |                               |       |       |                              |     |
|--------------------|----------------|--------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome   |                             | Codice Fiscale |                               |       |       |                              |     |
| Data di nascita    |                | Sesso  | Luogo di nascita            |                | Cittadinanza                  |       |       |                              |     |
| Residenza          | Provincia      | Comune | Indirizzo                   | Civico         | Barrato                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Telefono cellulare | Telefono fisso |        | Posta elettronica ordinaria |                | Posta elettronica certificata |       |       |                              |     |

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

|                               |           |        |                             |             |         |                               |           |                              |     |
|-------------------------------|-----------|--------|-----------------------------|-------------|---------|-------------------------------|-----------|------------------------------|-----|
| Ruolo                         |           |        |                             |             |         |                               |           |                              |     |
| Denominazione/Ragione sociale |           |        |                             |             |         |                               | Tipologia |                              |     |
| Sede legale                   | Provincia | Comune | Indirizzo                   | Civico      | Barrato | Scala                         | Piano     | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Codice Fiscale                |           |        |                             | Partita IVA |         |                               |           |                              |     |
| Telefono                      |           |        | Posta elettronica ordinaria |             |         | Posta elettronica certificata |           |                              |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

### CHIEDE

l'esercizio del potere sostitutivo relativamente al seguente procedimento amministrativo

|  |                      |
|--|----------------------|
| Numero protocollo (in formato numerico senza caratteri speciali) | Data protocollo      |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> |
| Breve descrizione  |                      |
| <input type="text"/>   |                      |

**che avrebbe dovuto concludersi entro il giorno**

Data

Eventuali annotazioni

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura

copia del documento d'identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Luogo

Data

Il dichiarante