

DOMANDA DI TRASCRIZIONE

UIBM

N° _____

FOGLIO AGGIUNTIVO TIPO 3

BOLLO

PERSONA FISICA

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| Codice fiscale*** | <input type="text"/> | | |
| Cognome* | <input type="text"/> | Nome* | <input type="text"/> |
| Comune e prov. di nascita | <input type="text"/> | Nazione di nascita | <input type="text"/> |
| Comune e prov. di residenza** | <input type="text"/> | Nazione di residenza* | <input type="text"/> |
| Indirizzo** | <input type="text"/> | N. Civico* | <input type="text"/> Cap** <input type="text"/> |
| Telefono | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> |
| Email | <input type="text"/> | PEC | <input type="text"/> |

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| Codice fiscale*** | <input type="text"/> | | |
| Cognome* | <input type="text"/> | Nome* | <input type="text"/> |
| Comune e prov. di nascita | <input type="text"/> | Nazione di nascita | <input type="text"/> |
| Comune e prov. di residenza** | <input type="text"/> | Nazione di residenza* | <input type="text"/> |
| Indirizzo** | <input type="text"/> | N. Civico* | <input type="text"/> Cap** <input type="text"/> |
| Telefono | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> |
| Email | <input type="text"/> | PEC | <input type="text"/> |

PERSONA GIURIDICA

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| C.F. o P.IVA*** | <input type="text"/> | | |
| Tipo società* | <input type="text"/> | | |
| Denominazione* | <input type="text"/> | | |
| Comune e prov. sede/filiale** | <input type="text"/> | Nazione sede/filiale* | <input type="text"/> |
| Indirizzo** | <input type="text"/> | N. Civico* | <input type="text"/> Cap** <input type="text"/> |
| Telefono | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> |
| Email | <input type="text"/> | PEC | <input type="text"/> |

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| C.F. o P.IVA*** | <input type="text"/> | | |
| Tipo società* | <input type="text"/> | | |
| Denominazione* | <input type="text"/> | | |
| Comune e prov. sede/filiale** | <input type="text"/> | Nazione sede/filiale* | <input type="text"/> |
| Indirizzo** | <input type="text"/> | N. Civico* | <input type="text"/> Cap** <input type="text"/> |
| Telefono | <input type="text"/> | Fax | <input type="text"/> |
| Email | <input type="text"/> | PEC | <input type="text"/> |

*Campi obbligatori.

** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea o dello spazio economico europeo.

*** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti in possesso di codice fiscale o partita iva rilasciati da un Ente italiano.

FIRMA DEL RICHIEDENTE