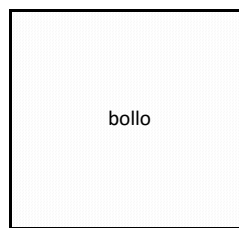


NUOVA MODULISTICA DI DEPOSITO PER LE CAMERE DI COMMERCIO OVVERO DEPOSITO POSTALE

DOMANDA DI RICORSO

UIBM

N° _____



bollo

Foglio aggiuntivo n. 3**3. MANDATARIO**

3.2 MANDATARI INCARICATI

Numero iscrizione albo*

Cognome*

Nome*

3. RAPPRESENTANTE

3.2 RAPPRESENTANTI INCARICATI

Codice fiscale*

Cognome*

Nome*

* Campi obbligatori

FIRMA DEL RICHIEDENTE