

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE (CCP)

N° _____



FOGLIO AGGIUNTIVO TIPO 4

4. RICHIEDENTE

PERSONA FISICA

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov.di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

Civico** CAP**

Fax

PEC

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov.di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

Civico** CAP**

Fax

PEC

PERSONA GIURIDICA

C.F o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email

Nazione sede/filiale*

Civico** CAP**

Fax

PEC

C.F o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email

Nazione sede/filiale*

Civico** CAP**

Fax

PEC

FIRMA DEL RICHIEDENTE