CAMERA DI COMMERCIO
MONTE ROSA LAGHI
ALTO PIEMONTE

DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE

(resa ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a …….....…….....…….
(Cognome e Nome)

nato/a nel Comune di .....…….....….....……(Prov.....…) il .....….....…….

| | | | | | | | | | | | | | | | | Codice Fiscale

residenza anagrafica nel Comune di……..CAP……...

via/p.zza/corso…….n°……..

Recapito Telefonico: ……..…… Nr. di Fax: ……..……

svolgendo attività continuativa

☐ AUTONOMA ☐ DIPENDENTE ☐ PROFESSIONALE

presso……..in……..via…….

in qualità di…….

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/200 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

di aver stabilito il domicilio professionale*

in……Prov. ……Via……

di avere partita IVA n°…….rilasciata dall'Ufficio di……..

di essere iscritto al n°…….del Registro delle Imprese di……

Luogo e data……..

Firma per esteso del dichiarante

***N.B. Allegare idonea documentazione comprovante il domicilio professionale dichiarato, <u>pena l'invalidità della domanda.</u>**

Ai sensi dell'art. 43 del D.P.R. del 28/12/200 l'Ufficio provvederà alla verifica delle dichiarazioni rese.