



**Amministrazione destinataria**  
Unione dei Comuni Paestum Alto  
Cilento  
**Ufficio destinatario**  
Servizio Sismica

## Comunicazione di cambio della domiciliazione delle comunicazioni

Ufficio destinatario

### Il sottoscritto

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

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

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

### in relazione alla pratica

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

### COMUNICA

che la nuova domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento è la seguente

*(l'indirizzo indicato sostituisce quello precedentemente comunicato)*

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica |
| <input type="text"/>                                                                                         |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### 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 di 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.

Torchiara

Luogo

Data

il dichiarante