

ATTO DI DELEGA SIFORM
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
(COGNOME RICHIEDENTE) (NOME DEL RICHIEDENTE)

NATO/A IN PROV. il / /
(LUOGO DI NASCITA DEL RICHIEDENTE) (DATA DI NASCITA DEL RICHIEDENTE)

CODICE FISCALE
(CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE)

Telefono e-mail

DICHIARA

di essere il/la
(indicare la qualità del/della dichiarante es. Amministratore Unico, Presidente del Consiglio di amministrazione, ecc .), e come tale, legale rappresentante, munito di ogni relativo e più ampio potere e facoltà,

- della ditta/società/ente
- altro (specificare)

e nella predetta qualità

CONFERISCE DELEGA

A:

COGNOME NOME
(COGNOME DELEGATO) (NOME DELEGATO)

NATO/A IN PROV. il / /
(LUOGO DI NASCITA DELEGATO) (DATA DI NASCITA DELEGATO)

CODICE FISCALE
(CODICE FISCALE Delegato)

Telefono e-mail
(DELEGATO) (DELEGATO)

* In qualità di: commercialista associazione di categoria altro

(Specificare)

ad accedere all'applicativo SIFORM (<https://siform2.regione.marche.it>) per la seguente persona giuridica (ovvero attività svolta in forma di Impresa) a presentare la relativa

domanda di contributo, con specifico mandato a rendere le dichiarazioni obbligatorie richieste e a compiere tutte le ulteriori attività necessarie e utili allo scopo, ratificando sin d'ora quanto dallo stesso verrà fatto e dichiarato.

Codice Fiscale Partita IVA
(16 caratteri) (11 cifre)

Ragione Sociale

Natura Giuridica
(Impresa individuale, Libero professionista, Società semplice, SNC, Sas, Studio associato, Società di fatto, SPA, Srl, Srl unipersonale, Società Cooperativa a mutualità prevalente, Società Cooperativa sociale, ecc)

Dimensione impresa
(Microimpresa, Piccola, Media, Grande)

Settore ATECO 2007
(Vedi <https://www.istat.it/it/archivio/17888> Es.: 55.10.00 - Alberghi)

Indirizzo sede legale
CAP Comune PROV
Telefono email

Data

IL / LA DELEGANTE

IL/LA DELEGATO/A
(per accettazione)

Allegare:

- Fotocopia fronte retro documento di identità in corso di validità del delegante
- Fotocopia tessera sanitaria del delegante
- Fotocopia fronte retro documento di identità in corso di validità del delegato
- Fotocopia tessera sanitaria del delegato

* la presente elencazione non ha carattere esaustivo

Il presente modulo **NON deve essere stampato** e **NON deve essere firmato**.

Si tratta di un pdf editabile: Scaricare il modulo, compilare il pdf editabile sul proprio PC e spedire per email all'indirizzo siform@regione.marche.it assieme alle fotocopie dei documenti di identità e della tessera sanitaria del delegante e del delegato