

DOMANDA DI CERTIFICATO COMPLEMENTARE DI PROTEZIONE PER FITOSANITARI (CCPF)

UIBM

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 o CECPAC

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 o CECPAC

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**

Nazione sede/filiale*

Indirizzo**

Civico**

CAP**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

C.F o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Nazione sede/filiale*

Indirizzo**

Civico**

CAP**

Telefono

Fax

Email o CECPAC

PEC

FIRMA DEL RICHIEDENTE