



## MODULO RICHIESTA SERVIZI VARI

CODICE AUA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
quale rappresentante legale dell'Azienda

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail PEC \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Codice ASL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CUA \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'EROGAZIONE DEL SEGUENTE SERVIZIO:

\_\_\_\_\_

### SCELTA INVIO DATI:

Chiedo di ricevere i dati tecnici via:  E-MAIL  FAX  POSTA

INDIRIZZO E-MAIL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

POSTA: \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare incondizionatamente lo Statuto dell'Associazione e i Regolamenti che ne disciplinano l'attività (Legge n.30 del 15/1/1991 e succ. modifiche), compresi quelli dei Libri Genealogici/Registri Anagrafici/Controlli Funzionali. Si impegna al pagamento di quanto dovuto all'Associazione e a segnalare eventuali variazioni anagrafiche / modifiche strutturali aziendali entro 60 giorni dalla avvenuta modifica.

Il sottoscritto dichiara di conoscere le tariffe previste per i servizi richiesti e di sapere che potranno subire eventuali variazioni nelle modalità previste dallo statuto.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che le tariffe per i servizi sono pubblicate sul sito dell'ARAL ( [www.aral.lom.it](http://www.aral.lom.it)) e che dette tariffe saranno soggette alla applicazione dell'IVA di legge nel caso il richiedente non sia socio dell'ARAL.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che i servizi di Controllo Funzionale, Libro Genealogico e Registro Anagrafico sono svolti con il contributo dell'Ente Pubblico.

Data \_\_\_\_\_

Timbro dell'azienda

Firma del Legale Rappresentante