

	Amministrazione destinataria Regione Umbria  Ufficio destinatario	
--	--	--

**Domanda di esercizio del potere sostitutivo**  
***Ai sensi dell'articolo 2 della Legge 07/08/1990, n. 241***

<b>Ufficio destinatario</b>

<b>Il sottoscritto</b>
------------------------

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

<b>in qualità di</b> <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>
---

Ruolo									
Denominazione/Ragione sociale						Tipologia			
Sede legale									
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale					Partita IVA				
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia	Numero iscrizione			

<b>domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento</b>
<small>(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)</small>
<b>Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica</b>

**CHIEDE**

l'esercizio del potere sostitutivo relativamente al seguente procedimento amministrativo

Numero protocollo (in formato numerico)	Data protocollo
Breve descrizione	

**che avrebbe dovuto concludersi entro il giorno**

Data

Eventuali annotazioni

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura                                     |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare)   |

**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)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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. |
|--------------------------|--|

<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>