Spett.le Studio Denti & Associati

Via Aspromonte 55

Nuoro

**OGGETTO: Comunicazione del titolare effettivo**

Il sottoscritto , residente in , via , cap , codice fiscale , rappresentante legale di ,

**incarica**

lo STUDIO DENTI & ASSOCIATI, ad assisterlo nella comunicazione del titolare effettivo presso il registro delle imprese e dichiara che il/i titolare/i effettivo/i di è/sono:

* , residente in , via, , cap , codice fiscale ;
* , residente in , via, , cap , codice fiscale ;
* , residente in , via, , cap , codice fiscale .

**Dichiara**

* di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 55, comma 3, D.Lgs. n. 231/2007, per chi fornisce dati falsi o informazioni non veritiere e di essere stato informato della circostanza che il mancato rilascio in tutto o in parte delle informazioni di cui sopra pregiudica la possibilità dello Studio professionale di dare esecuzione alla prestazione professionale richiesta;
* di essere a conoscenza degli obblighi conseguenti ai successivi adempimenti periodici, che resteranno a suo carico, salvo successivi accordi, esonerando lo Studio professionale da ogni conseguente responsabilità.

Il sottoscritto prende altresì atto che i propri dati personali saranno trattati dallo Studio professionale esclusivamente per le finalità previste dal D.Lgs. n. 231/2007 in adempimento degli obblighi previsti dal Regolamento UE 2016/679 per la protezione dei dati.

**Accetta**

l’applicazione del tariffario per l’assistenza alla presentazione della comunicazione, stabilito in 100,00 euro + Iva + spese Camera di commercio preventivare in euro 32,00.

Distinti saluti.

Luogo e data

Firma del legale rappresentante