

Variazione dati STP

Il/la sottoscritto/a _____

COMUNICA

che la Società tra Professionisti denominata _____
iscritta al n. _____ della Sezione Speciale dell'Albo STP di codesto Ordine ha variato
i seguenti dati:

*Sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, ai sensi e per gli effetti degli artt.
46, 47 e 76 del DPR 445/2000*

INFORMAZIONI INTEGRATIVE / VARIAZIONI

- nuovo indirizzo della Sede Legale

- nuovo recapito corrispondenza

- nuovo codice fiscale

- nuova Partita Iva

- nuovo numero telefonico/fax/e-mail della Sede Legale

- indicati nel comma 5, articolo 9, del DM 8 febbraio 2013, n. 34

- Altri (specificare)

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 211/1950 e dal D. Lgs. 196/2003.

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Data _____

Firma _____