

**Alla**

**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**

**Dipartimento salute e solidarietà sociale**

Via Gilli, 4

38121 TRENTO

dip.salute@pec.provincia.tn.it

**COMUNICAZIONE DATI ANAGRAFICI DELL'ENTE/IMPRESA  
INDIVIDUALE/SOCIETA'**

*(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg)*

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

codice fiscale

*(se la domanda è presentata da una persona giuridica)*

nella sua qualità di:

titolare dell'impresa individuale

legale rappresentante della società/ente

\_\_\_\_\_ indicare la corretta denominazione

con sede \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ indicare l'indirizzo (via, n°civico, località/frazione, cap, comune)

codice fiscale \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

i dati anagrafici dell'ente/impresa individuale/società, di seguito riportati, al fine di ottenere l'account di accesso al sistema, per la gestione delle procedure di autorizzazione e/o accreditamento istituzionale, per le sottoelencate persone:

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Profilo</b>	<b>Codice fiscale</b>	<b>Indirizzo e-mail</b>	<b>Numero di telefono</b>

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati con riferimento alle procedure di autorizzazione e/o accreditamento istituzionale richieste e agli adempimenti previsti dal regolamento emanato con D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento;
- responsabile del trattamento è il dirigente generale del Dipartimento salute e solidarietà sociale;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

Luogo e data

.....

**TIMBRO E FIRMA  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

.....

**ANAGRAFICA DELL'ENTE/IMPRESA INDIVIDUALE/SOCIETA'**

Tra i campi di seguito riportati sono obbligatori quelli contrassegnati da asterisco

<b>(*) Denominazione Ente/Impresa individuale/Società:</b>	<input type="text"/>
<b>(*) Codice fiscale:</b>	<input type="text"/>
<b>(*) Partita IVA:</b>	<input type="text"/>
<b>(*) Tipo</b> (pubblica o privata):	<input type="text"/>
<b>(*) Natura giuridica</b> (impresa individuale, società, società cooperativa, associazione, fondazione, APSS, APSP o altri Enti):	<input type="text"/>
<b>Sede legale:</b>	
<b>(*) Indirizzo</b> (via/piazza, n. civico, località/frazione):	<input type="text"/>
<b>(*) Cap:</b>	<input type="text"/>
<b>(*) Comune:</b>	<input type="text"/>
<b>(*) Tel:</b>	<input type="text"/>
<b>Fax:</b>	<input type="text"/>
<b>E-mail:</b>	<input type="text"/>
<b>(*) PEC</b>	<input type="text"/>
<b>Sede amministrativa:</b> (compilare solo se diverso dalla sede legale)	
<b>Indirizzo</b> (via/piazza, n. civico):	<input type="text"/>
<b>Località</b> (città, paese o frazione):	<input type="text"/>
<b>Cap:</b>	<input type="text"/>
<b>Comune:</b>	<input type="text"/>
<b>Tel:</b>	<input type="text"/>
<b>E-mail:</b>	<input type="text"/>
<i>Per le domande successive barrare con una "x" la casella corrispondente alla risposta corretta</i>	
<b>(*) È ONLUS ai fini fiscali?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>Nome e cognome Legale rappresentante:</b>	<input type="text"/>