Allegato 3

Modulo per sottoscrizione dell'impegno al pagamento della prestazione Arpa E.R. relativa al rilascio di parere tecnico

In ottemperanza a quanto previsto dal DPR n. 605 del 29/09/73 e successive modifiche. Vi preghiamo di compilare il seguente modulo al fine di permetterci un corretto addebito delle prestazioni richieste che sarà effettuato secondo quanto previsto dal tariffario approvato con DGR n.2000 del 27/12/2011, pubblicato sul sito www.arpa.emr.it.

Il pagamento dovrà essere effettuato dopo il ricevimento di nostra nota di addebito.

Si fa presente che in caso di omessa o inesatta compilazione, le sanzioni previste saranno a Vostro carico.

Compilazione a carico del richiedente

IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE ARPA E.R. RELATIVA AL RILASCIO DI PARERE TECNICO

Barrare la casella interessata :

☐ **DITTA**

RAGIONE SOCIALE .....

Indirizzo Sede Legale Via .....n. .....

Località e Comune .....Prov.....

CAP ..... Tel. .....

PEC: .....e-mail:.....

NUMERO PARTITA IVA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

CODICE FISCALE ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Azienda certificata EMAS ☐☐; ECOLABEL ☐☐; ISO14001 ☐☐ (se pertinente, barrare la casella interessata e produrre autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000)

☐ **PERSONA FISICA**

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il .....

Domicilio Fiscale: Via .....n. .....

Località e Comune .....Prov.....

CAP ..... Tel. .....

PEC: .....e-mail:.....

CODICE FISCALE ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Indirizzo a cui inviare la nota : Via .....n. .....

CAP ..... Località e Comune ..... Prov.....

OGGETTO DELLA PRESTAZIONE: .....

.....

.....

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE PER IMPEGNO AL PAGAMENTO _____

L'incaricato Arpa E.R. rilascia il modulo relativo all'informazione in materia di protezione dei dati personali.

Compilazione a carico della Struttura Arpa che effettua il rilascio del parere tecnico		
COD. TARIFFARIO DELLA PRESTAZIONE	**DETTAGLIO DELLA PRESTAZIONE EROGATA**	**IMPORTO**
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
TOTALE		€

Firma del tecnico Arpa E.R.

_____