

- GALOPPO PROPRIETARIO
 TROTTO ALLENATORE
 SELLA ALLEVATORE
 FANTINO /GUIDATORE

Spett.le MIPAAF

Dipartimento delle politiche competitive, della qualità agroalimentare, ippiche e della pesca
Direzione generale per la promozione della qualità agroalimentare e dell'ippica
Via XX Settembre, 20
00187 ROMA

Il sottoscritto _____
(cognome e nome)

in qualità di rappresentante della _____
(ragione sociale)

ai fini della applicazione della ritenuta alla fonte, con riferimento alla vigente normativa, dichiara sotto la propria responsabilità:

DATI ANAGRAFICI E FISCALI

Denominazione _____

Residenza (persone fisiche) o Sede Legale (persone giuridiche) _____

Domicilio fiscale (solo se diverso da residenza) _____

Luogo e data di nascita (persone fisiche) _____

Luogo e data di costituzione Soc. (persone giuridiche) _____

Codice fiscale:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (persone fisiche)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (persone giuridiche)

Recapito postale _____
(Via - n° civico - CAP - Città)

Posta elettronica _____ Telefono: _____

DISPOSIZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLE COMPETENZE EROGATE DIRETTAMENTE DAL MIPAAF

Mediante accredito in c/c bancario di seguito specificato, **obbligatoriamente intestato al beneficiario:**

Banca _____ Filiale n° _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Intestato a _____

| IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|-----|-----|-----|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| paese | | cin | abi | cab | n.Conto Corrente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite sono complete e conformi al vero.

Data _____

FIRMA _____

N.B. Il presente modello deve essere spedito al MIPAAF o trasmesso via fax al n. 06 4742314, o inviato per posta certificata all'indirizzo **aoo.saq@pec.politicheagricole.gov.it**

Ai sensi della Legge 675/1996 e del D.lgs. 196/2003, si informa che i dati sopra comunicati saranno trattati ed utilizzati per l'espletamento di compiti istituzionali, nonché forniti ai soggetti pubblici o privati incaricati di espletare, per conto del Ministero, attività funzionali allo svolgimento di tali compiti.