ADEGUATA VERIFICA - AZIENDA

Numero Pratica **115/2025**

Ai sensi del D.Lgs n. 231 del 21/11/2007

IDENTIFICAZIONE COLLEGATO DIVERSO DA PERSONA FISICA

CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO

Dati relativi all'operazione	**FINANZIAMENTO Garanzia Cofidi Progetto Italia**
Tipologia finanziamento	**0**
Finalità e/o motivo della richiesta	**0**
Importo massimo richiesto	**€ -**
Scadenza della garanzia (mesi)	**0**

INDICAZIONE DEL SOCIO / CLIENTE

Denominazione azienda	*Sede Legale Azienda*	*Prov*	*CAP*
0	**0**	**0**	**0**

Indirizzo Azienda	*Azienda*	*Codice Fiscale Azienda*	*Partita IVA Azienda*
0	**00/01/1900**	**0**	**0**

Camera di Commercio di	*Nr Iscrizione CCIAA*	*Costituzione*	*Data Iscrizione*	*Data inizio attività*
0	**0**	**00/01/1900**	**00/01/1900**	**00/01/1900**

RAPPRESENTATO DA

Il/La sottoscritto/a	*Nato/a a*	*Prov*	*il*
0	**0**	**0**	**00/01/1900**

Codice Fiscale	*Comune di residenza*	*Prov*	*CAP*
0	**0**	**0**	**0**

Indirizzo di residenza	*Sesso*	*In qualità di*
0	**0**	**0**

Documento di Identità	*Numero*	*Rilasciato da*	*Il*	*Scadenza*
	0	**0**	**00/01/1900**	**00/01/1900**

Potenza, lì 19/09/2025

X _____

(Firma del Titolare/Legale Rappresentante)

COMPAGINE SOCIALE - STATUS DI TITOLARE EFFETTIVO

Cognome e nome / Ragione sociale	Codice Fiscale	Titolare Effettivo	Carica	% societaria
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**
0	**0**	**0**	**0**	**0%**

Per l'identificazione del/dei Titolare/i effettivo/i, si fa riferimento al modulo specifico per ogni soggetto.

Potenza, lì 19/09/2025

X _____

(Firma del Titolare/Legale Rappresentante)

X _____

(Firma del Dipendente/Soggetto autorizzato)

Allegati:

- Copia dei documenti di identità dell'associato, delle eventuali persone identificate come Titolare effettivo, nonché di tutte le persone indicate nel presente modulo;
- Tesserino del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria