

Spett.le
Studio legale
Dott.ssa Sonia Rosini
Piazza Guido Monaco, 2
52100 Arezzo

Il sottoscritto _____ residente a _____
C.F. _____ titolare della ditta omonima oppure legale
rappresentante della società _____ con
sede in _____ C.F. _____,
in relazione all'informativa che avete fornito, esprime il consenso previsto dagli art.li 11, 20, 22 e
28 della Legge 675/96 in relazione al trattamento dei dati personali da parte del Vostro
Studio per le finalità indicate, nonché il consenso alla diffusione e trasferimento all'esterno dei
dati stessi, se non per l'esecuzione dei fini per i quali viene conferito mandato ai professionisti
del Vostro Studio o per motivi inerenti ad esigenze di giustizia e/o su richieste dell'autorità
precedente.

Dichiara altresì di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art. 13 della L. 675/96.

_____, li _____

Timbro e firma dell'interessato

Riepilogo delle informazioni di cui si autorizza il trattamento (compilare in stampatello)

Nome/Rag. Sociale		Cognome			
Luogo di nascita		Data di nascita	--/--/----		
Cod. Fisc.		P.Iva			
Indirizzo	n.	Città	Pr.	Cap.	
Telefono		Ufficio			
Fax:		Cellulare			
e-mail		Sito Web			