

Richiesta Abilitazione Utente – SIGEF

Alla c.a. Helpdesk SIGEF

Fax. 071.806.3071

e-Mail helpdesk.sigef@regione.marche.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(COGNOME RICHIEDENTE) (NOME DEL RICHIEDENTE)

NATO/A IN _____ il _____
(LUOGO DI NASCITA DEL RICHIEDENTE) (DATA DI NASCITA DEL RICHIEDENTE)

CODICE FISCALE _____
(CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE)

Telefono _____ e-mail _____

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE

- della ditta/società/ente _____
 altro (specificare) _____

RICHIEDE PER

COGNOME _____ NOME _____
(COGNOME DELEGATO) (NOME DELEGATO)

NATO/A IN _____ il _____
(LUOGO DI NASCITA DELEGATO) (DATA DI NASCITA DELEGATO)

CODICE FISCALE _____
(CODICE FISCALE Delegato)

Telefono _____ e-mail _____
(DELEGATO) (DELEGATO)

l'abilitazione (Specificare) _____
(PROCURATORE, CONSULENTE)

ad accedere al Sistema Integrato Gestione Fondi SIGEF/SIGEFTEST per il
seguente P.IVA ditta/società/ente (indicare solo se diverso dal codice fiscale del richiedente)

P.IVA _____
(P.IVA DA ABILITARE)

Data _____ Il Richiedente _____

Allegare:

- Fotocopia fronte retro documento di identità in corso di validità del richiedente
- Fotocopia tessera sanitaria del richiedente
- Fotocopia fronte retro documento di identità in corso di validità del delegato
- Fotocopia tessera sanitaria del delegato