	Amministrazione destinataria Ufficio destinatario	

Domanda di esercizio del potere sostitutivo

Ai sensi dell'articolo 2 della Legge 07/08/1990, n. 241

Ufficio destinatario

Il sottoscritto

Cognome	**Nome**	**Codice Fiscale**

Data di nascita	**Sesso**	**Luogo di nascita**	**Cittadinanza**

Residenza

Provincia	**Comune**	**Indirizzo**	**Civico**	**CAP**

Telefono fisso	**Telefono cellulare**	**Posta elettronica ordinaria**	**Posta elettronica certificata**

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale	**Tipologia**

Sede legale

Provincia	**Comune**	**Indirizzo**	**Civico**	**CAP**

Codice Fiscale	**Partita IVA**

Telefono	**Posta elettronica ordinaria**	**Posta elettronica certificata**

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio	**Provincia**	**Numero iscrizione**

CHIEDE

l'esercizio del potere sostitutivo relativamente al seguente procedimento amministrativo

Numero protocollo	**Data protocollo**

riguardante

Descrizione del procedimento amministrativo

che avrebbe dovuto concludersi entro il giorno

Data

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati *(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*	
☐	copia del documento d'identità *(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)*
☐	copia dell'atto notarile con il quale è stata conferita la procura
☐	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali *(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*	
☐	dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Luogo	**Data**	**Il dichiarante**