



AREA RISERVATA CONSULENTE

Il/la sottoscritto/a _____

titolare dello Studio di Consulenza _____

codice fiscale dello Studio _____ P. IVA _____

con sede a _____ provincia _____ CAP _____

indirizzo _____ nr. _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo PEC _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO WEB

LUOGO E DATA

TIMBRO E FIRMA