



RICHIESTA ATTIVAZIONE CENTRO RACCOLTA CAF
(Si prega di compilare in maniera chiara e leggibile)

Richiedente

Codice Fiscale

Indirizzo N.

Città PR CAP

Pref. Tel.

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL CENTRO DI RACCOLTA (indicare i dati della sede operativa)

Denominazione

P.I. Responsabile

Codice Fiscale

Indirizzo N.

Città PR.

CAP

Tel.

Fax

Mail

Firma _____

Il presente modello, compilato in tutte le sue parti, va inviato a: partner@caftorinoservizi.it

Si allega **fotocopia di un documento** di riconoscimento in corso di validità.

Si autorizza al trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003).