



Richiesta Abilitazione Utente – SIAR

Alla c.a. Helpdesk SIAR

Fax.071.806.3049

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

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

CODICE FISCALE _____
(CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE)

Telefono _____

IN QUALITA' DI

LEGALE RAPPRESENTANTE

ALTRO (specificare) _____

(Consulente, Responsabile misura, Funzionario istruttore, Utente semplice (BANCA), Operatore, Distributore Uma, Coordinatore, Presidente, Ispettore, Istruttore, Responsabile certificazione)

Della (indicare tipologia)

Ditta individuale

Societa

Ente (specificare) _____
(Provincia, Comune, Com. Montana, Gal, ODC, ecc.)

Altro (specificare) _____

Denominazione ditta/società/ente _____

RICHIEDE

L'abilitazione ad accedere al Sistema Informativo per l'Agricoltura Regionale **SIAR/TestSIAR** per il seguente ~~P.IVA~~ (indicare solo se diverso dal codice fiscale del richiedente)

<p>P.IVA _____ (P.IVA DA ABILITARE)</p>

Data _____

Il Richiedente _____
Si allega fotocopia documento di identità in corso di validità