

**ELENCO ADDETTI  
UFFICIO I.R./UFFICIO DI REGISTRAZIONE**

\_\_\_\_\_/CAF TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.r.l.

Parte integrante del “MANDATO PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ D’INCARICATO PER IL RILASCIO DI SERVIZI DI CERTIFICAZIONE”

<b>ADDETTO</b> Cognome e Nome	<b>CODICE FISCALE</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>COMUNE E PROVINCIA DI NASCITA</b>	<b>COMUNE E PROVINCIA RESIDENZA</b>	<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>	<b>PREFISSO E NUMERO TELEFONICO</b>	<b>INDIRIZZO E-MAIL</b>	<b>IN QUALITA’ DI</b>	<b>FIRMA</b>