

Il//La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____ in qualità di _____

LEGALE RAPPRESENTANTE/SINDACO dell'Ente _____

RICHIEDE PER

sé stesso e per i nominativi riportati in elenco, quali Funzionari autorizzati alla ricezione del modello C1, l'abilitazione al sistema **ALLUVIONE**

2024 per la compilazione dell'Appendice 1 al modello C1

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	Descrizione ruolo nell'Ente (Responsabile Ufficio Tecnico, Funzionario, ecc.) - SPECIFICARE	Possiede uno strumento di autenticazione tra SPID/CIE/CNS/TSCNS	Possiede strumento di autenticazione Pin Cohesion
			LEGALE RAPPRESENTANTE/SINDACO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Data _____ Firma _____

(in alternativa apporre la firma digitale al documento)