

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
			<b>LEGALE RAPPRESENTANTE/SINDACO</b>	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)