

**ARPA – SEZIONE PROVINCIALE DI BOLOGNA**  
**DISTRETTO \_\_\_\_\_**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.P.R. n. 605 del 29/09/73 e successive modifiche. Vi preghiamo di compilare il seguente modulo al fine di permetterci una corretta fatturazione delle prestazioni richieste.

Si ricorda che il pagamento dovrà essere effettuato solo dopo il ricevimento di nostra fattura.

Si fa presente che in caso di omessa risposta o inesattezza nella compilazione, le sanzioni previste saranno a Vostro carico.

*Compilazione a carico del richiedente*

**Barrare la casella interessata :**

**PERSONA FISICA**

Cognome ..... Nome .....  
Nato a ..... il .....  
Domicilio Fiscale: Via ..... n. ....  
Località e Comune ..... Prov. ....  
CAP ..... Tel. ....

CODICE FISCALE

**DITTA**

RAGIONE SOCIALE .....  
Indirizzo Sede Legale Via ..... n. ....  
Località e Comune ..... Prov. ....  
CAP ..... Tel. ....

NUMERO PARTITA IVA

**Indirizzo a cui inviare la Fattura :** Via ..... n. ....  
Località e Comune ..... Prov. ....  
CAP ..... Tel. ....

**DATA**

**FIRMA DEL RICHIEDENTE  
PER IMPEGNO AL PAGAMENTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Compilazione a carico dei Tecnici del Distretto*

**OGGETTO DELLA PRESTAZIONE (Specificare dettagliatamente)** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DATA DELLA PRESTAZIONE** .....

**CODICE PRESTAZIONE** .....

**IMPORTO €** ..... **IVA 20%** ..... **TOTALE** .....