



Modulo delega per la gestione informatizzata della notifica
con metodo biologico tramite S.I.B. (Sistema Informativo
Biologico) applicativo del S.I.A.N.

All' **Autorità di Gestione
del PSR Molise 2007-2013
Ufficio Gestione Utenze SIAN**
Via N. Sauro, 1
86100- CAMPOBASSO

Il sottoscritto

Nome	Cognome
Codice Fiscale	P. IVA
Nato/a a	il
Residente a	Via/Piazza
CAP	Provincia
Tel/Fax	e-mail
In qualità di: <input type="checkbox"/> titolare	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale
del soggetto:CUAA_____	
Denominazione_____	

nel rispetto di quanto previsto nel Manuale utente delle procedure per la compilazione della notifica di attività biologica tramite il portale del (S.I.B.), applicativo del SIAN e con la normativa vigente e con gli atti all'uopo stipulati con la Regione Molise,

DELEGA

alla compilazione delle domande di notifica di propria competenza tramite il portale (S.I.A.N.).

Nome	Cognome
Iscritto all'Albo / Ordine / Collegio Professionale dei	
Codice Fiscale	P.IVA
Nato/a a	il
Residente a	Via / Piazza
CAP	Provincia
Tel / Fax	e-mail

Data_____

Firma_____

-Allega copia del documento di identità leggibile ed in corso di validità con firma e data.