



Organismo per la composizione delle crisi da sovraindebitamento

Richiesta di incontro preliminare

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente in _____ n° _____
città _____ prov _____ CAP _____
codice fiscale _____
telefono _____ cell _____ fax _____
e-mail _____

CHIEDE

alla segreteria di dell'Organismo di organizzare un incontro preliminare gratuito, in collaborazione con i gestori dell'Organismo, per avere informazioni in merito alle procedure previste dal D.Lgs. 14/2019.

DICHIARA

di essere consapevole che il servizio è rivolto ai soggetti che hanno la residenza o la sede principale in provincia di Modena.

Data e firma _____

Il/La firmatario/a dichiara di essere debitamente informato/a ai sensi dell'art. 13, ivi compresi i diritti previsti dagli artt. 7 par. 3, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 51 del Reg. 679/2016/UE ed espressamente acconsente al trattamento dei dati in oggetto da parte della CCIAA di Modena per la gestione del servizio/procedimento richiesto. I dati sono conservati fino a revoca del consenso, nel rispetto dei termini di legge o fino al termine della prescrizione dei diritti sorti dal rapporto. Informativa completa sul sito: www.mo.camcom.it

Data e firma _____

Richiesta da inviare a sovraindebitamento@mo.camcom.it