



DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE

(resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome
nato/a a Prov. Stato
in data Cittadinanza C.F.
e residente in Via n.
CAP Comune Prov. Telefono
E-mail PEC

svolgendo attività in forma continuativa (selezionare la voce che interessa):

autonoma

dipendente

professionale

presso
sito in Via n.
CAP Comune Prov.
in qualità di

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 445/2000

DICHIARA

di aver stabilito il domicilio professionale in Via n.
CAP Comune Prov.
Luogo e data Firma _____

La presente dichiarazione, compilata in ogni sua parte, va inviata contestualmente alla Domanda di Ammissione alla Prova di Esame per Agenti di Affari in mediazione (Mod. MED-ES) per raccomandata A.R. all'indirizzo **Camera di Commercio delle Marche, Largo XXIV Maggio 1 - 60123 ANCONA** o, se firmata digitalmente, trasmessa all'indirizzo PEC cciaa@pec.marche.camcom.it.