MODELLO G.A.P.

Nr. Ordine Appalto (*)	Lotto/Stralcio (*)	Anno (*)

IMPRESA SUBAPPALTATRICE Nr.

CARICA SOCIALE

Tipo carica (*)

Codice Fiscale (*)

Cognome(*)

Nome (*)

Sesso(*)

Data di Nascita(*)

Luogo di Nascita (*) (Immettere il Comune italiano o lo Stato estero di nascita)

Prov.(*)

Luogo di Residenza (*) (Immettere il Comune italiano o lo Stato estero di nascita)

Prov.(*)

Indirizzo(*) :

CAP/ZIP:

CARICA SOCIALE

Tipo carica (*)

Codice Fiscale (*)

Cognome(*)

Nome (*)

Sesso(*)

Data di Nascita(*)

Luogo di Nascita (*) (Immettere il Comune italiano o lo Stato estero di nascita)

Prov.(*)

Luogo di Residenza (*) (Immettere il Comune italiano o lo Stato estero di nascita)

Prov.(*)

Indirizzo(*) :

CAP/ZIP:

N.B.
1) Il modulo dovrà essere compilato in stampatello e con penna nera o blu.
2) (*) Le scritte contrassegnate dall'asterisco sono obbligatorie.