



Libera Associazione Italiana  
dei Consulenti Tributarî e dei Servizi Professionali



## SPORTELLO DI GARANZIA

e informazioni per l'utente-cittadino

**Modulo di richiesta da inviare via fax n. 049.8252555**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Nominativo del consulente tributarî che mi assiste:

\_\_\_\_\_

### Richiesta nominativo consulente

Chiedo di ricevere i riferimenti del consulente tributarî pi vicino alla mia sede

### Segnalazione o richiesta informazioni

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Tutela della Privacy - Compilando il presente modulo si intende dato il consenso al trattamento dei dati in ottemperanza al D.L. n. 196 del 30.06.2003. I dati che Le sono richiesti verranno utilizzati da Lait per gli adempimenti connessi con l'attivit  richiesta. I dati non sono soggetti ad alcuna diffusione ed in ogni momento pu  essere richiesta la cancellazione dagli archivi associativi.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_