

ATTESTAZIONE DI RICEVUTA ED ACCETTAZIONE SENZA RISERVE

Il sottoscritto Ciarracca Rosa nata a S. Stefano di A. il 9.10.45 e residente a S. Stefano di A. in VIA. Benedetto. 3 in qualità titolare ~~o di legale rappresentante~~ della Ditta med. s. m. s. con sede in S. Stefano di A. dichiara di aver preso visione del presente provvedimento di concessione e di accettarlo in tutte le sue parti senza riscontrare motivi ostativi e rinunciando ad opporre riserve di qualsiasi genere.

Luogo L'Aquila, data 02.04.2013

firma della ditta beneficiaria/legale rappresentante

* Ciarracca Rosa

Documento di riconoscimento presentato: ci-AD 4983696

Rilasciato da
Con scadenza il
26-05-2014

firma del funzionario ricevente la dichiarazione

Angelo Autour

L'Estensore
Angela Maria Raglione

Angela Maria Raglione



Il Responsabile dell'Ufficio
Angela Maria Raglione

Angela Maria Raglione