



Spett. C.E.N.A.I.  
Direzione amministrativa  
Viale Marche, 27 - 73100 Lecce

### DOMANDA ACCREDITO CONSULENTE

Lo scrivente ....., nella qualità  
di Responsabile dello Sportello Zonale C.E.N.A.I. di

.....  
Chiede di autorizzare il consulente di seguito indicato all'accesso al Sistema Informativo  
Mutualistico.

#### DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Studio sito in \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
Fax. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Iscrizione albo di \_\_\_\_\_  
N° iscrizione \_\_\_\_\_

Si allegano:

- Fotocopia DOCUMENTO D'IDENTITA IN CORSO
- Fotocopia CODICE FISCALE

Luogo e data

L'operatore

Il Responsabile dello Sportello