

Servizio di Fatturazione Elettronica Spese di Giustizia  
**Tribunale di Sorveglianza di Venezia**

<b>Indirizzo Postale:</b>	Piazzale Roma, S. Croce 430, Cittadella della Giustizia, 30135 - 30100 Venezia (VE)		
<b>Telefono:</b>	041 9653603	041 9653604	<b>Fax:</b> 041 9653444
<b>Indirizzi e-mail:</b>	 <a href="mailto:tribsorv.venezia@giustizia.it">tribsorv.venezia@giustizia.it</a>	 <a href="mailto:tribsorv.venezia@giustiziacert.it">tribsorv.venezia@giustiziacert.it</a>	
<b>Codice Fiscale:</b>	80016480271	<b>Codice Univoco Ufficio:</b>	<b>Y7STI7</b>

**DATI ANAGRAFICI**

DIFENSORE **NON** FACENTE PARTE DI **STUDIO ASSOCIATO**

(\*) **Cognome** \_\_\_\_\_

(\*) **Nome** \_\_\_\_\_

(\*) **Luogo di Nascita** \_\_\_\_\_

(\*) **Data di Nascita** \_\_\_\_\_ (\*) **Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

(\*) **Indirizzo di Residenza :** \_\_\_\_\_

(\*) **Indirizzo Domicilio Fiscale :** \_\_\_\_\_

(\*) **Regime Fiscale** \_\_\_\_\_

(\*) **Partita IVA** \_\_\_\_\_ (\*) **IVA** \_\_\_\_\_ % (\*) **Aliq. IRPEF** \_\_\_\_\_ %

(\*) **Ritenuta Acconto S/N**  (\*) **Aliq. Ritenuta Acconto** \_\_\_\_\_ % (\*) **C. P. A.** \_\_\_\_\_ %

-----  
**Dati Conto Corrente:**  
-----

(\*) **BANCA:** \_\_\_\_\_

(\*) **Intestatario Conto:** \_\_\_\_\_


(\*) **BIC/SWIFT** \_\_\_\_\_ (\*) **Paese** IT (\*) **CIN Europeo** \_\_\_\_\_


(\*) **CIN (\*)** \_\_\_\_\_ (\*) **ABI** \_\_\_\_\_ (\*) **CAB** \_\_\_\_\_

(\*) **Numero C.C.** \_\_\_\_\_

-----

(\*) **RECAPITO:** tel./ fax \_\_\_\_\_

 (\*) **email:** \_\_\_\_\_

 (\*) **POSTA CERTIFICATA\*:** \_\_\_\_\_

(\*) **i campi con asterisco debbono essere tutti obbligatoriamente compilati, pena la mancata liquidazione**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, per iscritto, a codesto ufficio, ogni eventuale cambiamento relativo ai dati sopra dichiarati

\_\_\_\_\_  
(firma)

DIFENSORE **FACENTE** PARTE DI **STUDIO ASSOCIATO**

Studio Associato / Azienda / Società

(\*) Denominazione :

(\*) Generalità associati : ( Cognome e Nome / Data di nascita / Codice Fiscale )

(\*) Sede Legale Indirizzo :

(\*) C.A.P.

(\*) Città

Rappresentante legale

(\*) Cognome

(\*) Nome

(\*) Luogo di Nascita

(\*) Data di nascita

(\*) Codice Fiscale

(\*) Indirizzo Domicilio Fiscale :

(\*) Regime Fiscale \*

(\*) Partita IVA \*

(\*) IVA

%

(\*) Aliq. IRPEF

%

(\*) Ritenuta Acconto\* S/N

(\*) Aliq. Ritenuta Acconto

%

(\*) C.P.A.

%

Dati Conto Corrente:

(\*) BANCA:

(\*) Intestatario Conto:

(\*) BIC/SWIFT

(\*) Paese

IT

(\*) CIN Europeo

(\*) CIN (\*)

(\*) ABI

(\*) CAB

(\*) Numero C.C.

RECAPITO: tel./ fax



(\*) email:



(\*) POSTA CERTIFICATA:

(\*) i campi con asterisco debbono essere **tutti** obbligatoriamente compilati, pena la mancata liquidazione

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, per iscritto, a codesto ufficio, ogni eventuale cambiamento relativo ai dati sopra dichiarati

(firma)