

## Richiesta Abilitazione Utente – SIGEF

Alla c.a. Helpdesk SIGEF

Fax. 071.806.3071

e-Mail [helpdesk.sigef@regione.marche.it](mailto:helpdesk.sigef@regione.marche.it)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
(COGNOME RICHIEDENTE) (NOME DEL RICHIEDENTE)

NATO/A IN \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(LUOGO DI NASCITA DEL RICHIEDENTE) (DATA DI NASCITA DEL RICHIEDENTE)

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
(CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE)

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE

- della ditta/società/ente \_\_\_\_\_
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

# RICHIEDE PER IL DELEGATO DI CONFARTIGIANATO IMPRESE MACERATA-ASCOLI PICENO-FERMO

ad accedere al Sistema Integrato Gestione Fondi SIGEF/SIGEFTEST per il  
seguente P.IVA ditta/società/ente (indicare solo se diverso dal codice fiscale del richiedente)

**P.IVA** \_\_\_\_\_  
**(P.IVA DA ABILITARE)**

Data \_\_\_\_\_ Il Richiedente \_\_\_\_\_

Allegare:

- Fotocopia fronte retro documento di identità in corso di validità del richiedente
- Fotocopia tessera sanitaria del richiedente