



## Organismo per la composizione delle crisi da sovraindebitamento

### Richiesta di incontro preliminare

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

alla segreteria dell'Organismo di organizzare un incontro preliminare gratuito, in collaborazione con i gestori dell'Organismo, per avere informazioni in merito alle procedure previste dal D.Lgs. 14/2019.

#### DICHIARA

di essere consapevole che il servizio è rivolto ai soggetti che hanno la residenza o la sede principale in provincia di Modena.

Data e firma \_\_\_\_\_

*Il/La firmatario/a dichiara di essere debitamente informato/a ai sensi dell'art. 13, ivi compresi i diritti previsti dagli artt. 7 par. 3, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 51 del Reg. 679/2016/UE ed espressamente acconsente al trattamento dei dati in oggetto da parte della CCIAA di Modena per la gestione del servizio/procedimento richiesto. I dati sono conservati fino a revoca del consenso, nel rispetto dei termini di legge o fino al termine della prescrizione dei diritti sorti dal rapporto. Informativa completa sul sito: [www.mo.camcom.it](http://www.mo.camcom.it)*

Data e firma \_\_\_\_\_

---

Richiesta da inviare a [sovraindebitamento@mo.camcom.it](mailto:sovraindebitamento@mo.camcom.it)