

.....,

Al Ministero del lavoro
salute e politiche sociali
Direzione Generale della Cooperazione
Divisione VI/2
via Flavia, 6
00187Roma

Raccomandata a.r.

Oggetto: **l.c.a.**

Il sottoscritto dott., nominato con....., n. /, commissario liquidatore della..... con sede a, in via.....:

1.

dichiara di accettare l'incarico sopra indicato senza porre condizioni;

2.

consapevole delle conseguenze di legge nel caso di dichiarazioni non rispondenti al vero, certifica che non sussistono le condizioni di incompatibilità previste dall'art. 28 l. fall.

Con osservanza

(dott.)