

**F2****TRIBUNALE ORDINARIO DI _____****Domanda di rilascio del certificato di chiusura del fallimento**

Il/La sottoscritto/a:

<i>COGNOME E NOME</i>	
<i>DATA E LUOGO DI NASCITA</i>	
<i>RESIDENZA</i> <i>(Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)</i>	
<i>DOMICILIO</i> <i>(Solo se diverso dalla residenza)</i>	

CHIEDEil rilascio del certificato di chiusura del fallimento di _____
_____*Nato a _____ il _____
Residente a _____chiuso con decreto di questo Tribunale in data _____
per _____

Si rilascia ad uso _____

FIRMA _____

*Solo in caso di persona fisica