

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

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA

(Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)

DOMICILIO

*(Solo se diverso dalla residenza)***CHIEDE**il 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 _____

Trani, _____

FIRMA _____

*Solo in caso di persona fisica