

Format richiesta Verifica di Pagamento importi DM 8/10/2025: informazioni essenziali

Luogo, data xx/xx/xxxx

N. prot xxx del xx/xx/xxxx

OGGETTO: Richiesta informazioni pagamento importi DM 8/10/2025. Proc. pen. n. xx - Pratica Sinadoc n. xxxx/20xx. COGNOME Nome Contravventore, eventualmente "Azienda".

In riferimento al procedimento penale xxxx, a carico del/dei contravventore/i Sig. COGNOME Nome, pratica Sinadoc n. xxxx/20xx, si richiede a codesta Agenzia se il/i contravventore/i abbia/abbiano provveduto al pagamento degli importi definiti dal DM Ambiente 8/10/2025 per le attività di cui all'articolo 318-ter, comma 4-bis del Decreto Legislativo n. 152 del 2006, così da poterne dare comunicazione all'Autorità Giudiziaria territorialmente competente.

Distinti saluti

XXXXXXXXXX

---