



Comune di Rimini

Area XXX  
Settore/Servizio XXX  
Ufficio XXX

Indirizzo  
Telefono  
Sito  
Email  
Altro

**Oggetto: Dichiarazione di conformita' all'originale della copia di atti e documenti.**

**Il sottoscritto dichiara che i seguenti documenti digitali identificati da nome del file ed impronta digitale sono conformi agli originali.**

**Nota: l'impronta digitale calcolata attraverso algoritmo SHA-256**

Nome file	Impronta SHA-256
DCC2015_10_09_02_20.pdf	5341D38C17150A1B55B07A108AC7F90FC64C651A8643971FD7E7BB72B55CE376
DCC2015_10_09_02_35.pdf	DADA4799D304AEFA401316E00118D1530B3F30B0DD3B635366EC71D02D3E461E
DCC2015_10_13_04_46.pdf	9F1A512D1050051CBC39DD0CE60CBD012EA3265E3F5C4AF26FE5AECFBC8C383C
DCC2015_10_13_04_47.pdf	02EBE1F2A48A12A82ABCDD1F0BD390FE3D63EEA8B818E7EB9E81E29619EE0638
DCC2015_10_13_04_48.pdf	E3B0C44298FC1C149AFBF4C8996FB92427AE41E4649B934CA495991B7852B855
DCC2015_10_13_04_51.pdf	E3B0C44298FC1C149AFBF4C8996FB92427AE41E4649B934CA495991B7852B855
DCC2015_10_13_04_57.pdf	E3B0C44298FC1C149AFBF4C8996FB92427AE41E4649B934CA495991B7852B855
DCC2015_10_13_05_06.pdf	E3B0C44298FC1C149AFBF4C8996FB92427AE41E4649B934CA495991B7852B855

**Dott. Mario Rossi**

**Generatore automatico di impronte digitali da PDF**









