

CERTIFICAZIONE DI PARTECIPAZIONE AL SISTEMA
DI GESTIONE ACCENTRATA **MONTE TITOLI**
(art.43/45 del provvedimento Banca d'Italia/Consob 13/08/2018)

Intermediario che rilascia la certificazione

ABI CAB
denominazione **Societe Generale Securities Service S.p.A**

Intermediario partecipante se diverso dal precedente

ABI
denominazione _____

data della richiesta

Ggmmssaa

data di invio della comunicazione

Ggmmssaa

n° progressivo annuo

**n° progressivo certificazione
a rettifica/revoca**

causale della rettifica/revoca

Su richiesta di:

CORDUSIO SIM

Titolare degli strumenti finanziari:

cognome o denominazione DEDAGROUP SPA
nome _____
codice fiscale / partita iva 01763870225
comune di nascita _____ provincia di nascita _____
data di nascita _____ nazionalità _____
ggmmssaa _____
indirizzo LOCALITA' PALAZZINE 120/F
città 38121 GARDOLO TRENTO TN

Strumenti finanziari oggetto di certificazione:

ISIN
denominazione

Quantità degli strumenti finanziari oggetto di certificazione:

Vincoli o annotazioni sugli strumenti finanziari oggetto di certificazione

data di: costituzione modifica estinzione
ggmmssaa

Natura vincolo _____
Beneficiario vincolo (denominazione, codice fiscale, comune e data di nascita, indirizzo e città di residenza o della sede) _____

data di riferimento

ggmmssaa

termine di efficacia/revoca

ggmmssaa

diritto esercitabile

Note

Firma Intermediario

SOCIETE GENERALE
Securities Service S.p.A.

SGSS S.p.A.

Sede legale
Via Benigno Crespi, 19/A
20159 Milano
Italy

Tel. +39 02 9178.1
Fax. +39 02 9178.9999
www.securities-
services.societegenerale.com

Capitale Sociale € 111.309.007,08
interamente versato
Banca iscritta all'Albo delle Banche
cod. 5622
Assoggettata all'attività di direzione e
coordinamento di Société Générale S.A.

Iscrizione al Registro delle Imprese di
Milano, Codice Fiscale e P. IVA
03126570013 Aderente al Fondo
Interbancario di Tutela dei Depositi

CERTIFICAZIONE DI PARTECIPAZIONE AL SISTEMA
DI GESTIONE ACCENTRATA **MONTE TITOLI**
(art.43/45 del provvedimento Banca d'Italia/Consob 13/08/2018)

Intermediario che rilascia la certificazione

ABI CAB
denominazione **Societe Generale Securities Service S.p.A**

Intermediario partecipante se diverso dal precedente

ABI
denominazione _____

data della richiesta

Ggmmssaa

data di invio della comunicazione

Ggmmssaa

n° progressivo annuo

**n° progressivo certificazione
a rettifica/revoca**

causale della rettifica/revoca

Su richiesta di:

CORDUSIO SIM

Titolare degli strumenti finanziari:

cognome o denominazione LILLO SPA
nome _____
codice fiscale / partita iva 06744850634
comune di nascita _____ provincia di nascita _____
data di nascita _____ nazionalità _____
ggmmssaa _____
indirizzo ZONA A.S.I.CAPANNONE 18
città 81030 GRICIGNANO DI AVERSA CE

Strumenti finanziari oggetto di certificazione:

ISIN
denominazione

Quantità degli strumenti finanziari oggetto di certificazione:

Vincoli o annotazioni sugli strumenti finanziari oggetto di certificazione

data di: costituzione modifica estinzione
ggmmssaa

Natura vincolo _____
Beneficiario vincolo (denominazione, codice fiscale, comune e data di nascita, indirizzo e città di residenza o della sede) _____

data di riferimento

ggmmssaa

termine di efficacia/revoca

ggmmssaa

diritto esercitabile

Note

Firma Intermediario

SOCIETE GENERALE
Securities Service S.p.A.

SGSS S.p.A.

Sede legale
Via Benigno Crespi, 19/A
20159 Milano
Italy

Tel. +39 02 9178.1
Fax. +39 02 9178.9999
www.securities-
services.societegenerale.com

Capitale Sociale € 111.309.007,08
interamente versato
Banca iscritta all'Albo delle Banche
cod. 5622
Assoggettata all'attività di direzione e
coordinamento di Société Générale S.A.

Iscrizione al Registro delle Imprese di
Milano, Codice Fiscale e P. IVA
03126570013 Aderente al Fondo
Interbancario di Tutela dei Depositi

CERTIFICAZIONE DI PARTECIPAZIONE AL SISTEMA
DI GESTIONE ACCENTRATA **MONTE TITOLI**
(art.43/45 del provvedimento Banca d'Italia/Consob 13/08/2018)

Intermediario che rilascia la certificazione

ABI CAB
denominazione **Societe Generale Securities Service S.p.A**

Intermediario partecipante se diverso dal precedente

ABI
denominazione _____

data della richiesta

Ggmmssaa

data di invio della comunicazione

Ggmmssaa

n° progressivo annuo

**n° progressivo certificazione
a rettifica/revoca**

causale della rettifica/revoca

Su richiesta di:

CORDUSIO SIM

Titolare degli strumenti finanziari:

cognome o denominazione VENEZIANI
nome RICCARDO
codice fiscale / partita iva VNZRCR63H29H223I
comune di nascita REGGIO NELL'EMILIA provincia di nascita RE
data di nascita 29/06/1963 nazionalità _____
ggmmssaa
indirizzo VIA GUIDO GOZZANO 38
città 42123 REGGIO NELL'EMILIA RE

Strumenti finanziari oggetto di certificazione:

ISIN
denominazione

Quantità degli strumenti finanziari oggetto di certificazione:

Vincoli o annotazioni sugli strumenti finanziari oggetto di certificazione

data di: costituzione modifica estinzione
ggmmssaa

Natura vincolo _____
Beneficiario vincolo (denominazione, codice fiscale, comune e data di nascita, indirizzo e città di residenza o della sede) _____

data di riferimento

ggmmssaa

termine di efficacia/revoca

ggmmssaa

diritto esercitabile

Note

Firma Intermediario

SOCIETE GENERALE
Securities Service S.p.A.

SGSS S.p.A.

Sede legale
Via Benigno Crespi, 19/A
20159 Milano
Italy

Tel. +39 02 9178.1
Fax. +39 02 9178.9999
www.securities-
services.societegenerale.com

Capitale Sociale € 111.309.007,08
interamente versato
Banca iscritta all'Albo delle Banche
cod. 5622
Assoggettata all'attività di direzione e
coordinamento di Société Générale S.A.

Iscrizione al Registro delle Imprese di
Milano, Codice Fiscale e P. IVA
03126570013 Aderente al Fondo
Interbancario di Tutela dei Depositi

CERTIFICAZIONE DI PARTECIPAZIONE AL SISTEMA
DI GESTIONE ACCENTRATA **MONTE TITOLI**
(art.43/45 del provvedimento Banca d'Italia/Consob 13/08/2018)

Intermediario che rilascia la certificazione

ABI CAB
denominazione **Societe Generale Securities Service S.p.A**

Intermediario partecipante se diverso dal precedente

ABI
denominazione _____

data della richiesta

Ggmmssaa

data di invio della comunicazione

Ggmmssaa

n° progressivo annuo

**n° progressivo certificazione
a rettifica/revoca**

causale della rettifica/revoca

Su richiesta di:

CORDUSIO SIM

Titolare degli strumenti finanziari:

cognome o denominazione GUILLERMAZ
nome ANDREA GUIDO
codice fiscale / partita iva GLLNRG63D16F205R
comune di nascita MILANO provincia di nascita MI
data di nascita 16/04/1963 nazionalità _____
ggmmssaa
indirizzo VIA ROMUALDO MARENCO 2
città 20144 MILANO MI

Strumenti finanziari oggetto di certificazione:

ISIN
denominazione

Quantità degli strumenti finanziari oggetto di certificazione:

Vincoli o annotazioni sugli strumenti finanziari oggetto di certificazione

data di: costituzione modifica estinzione
ggmmssaa

Natura vincolo _____

Beneficiario vincolo (denominazione, codice fiscale, comune e data di nascita, indirizzo e città di residenza o della sede)

data di riferimento

ggmmssaa

termine di efficacia/revoca

ggmmssaa

diritto esercitabile

Note

Firma Intermediario

SOCIETE GENERALE
Securities Service S.p.A.

SGSS S.p.A.

Sede legale
Via Benigno Crespi, 19/A
20159 Milano
Italy

Tel. +39 02 9178.1
Fax. +39 02 9178.9999
www.securities-
services.societegenerale.com

Capitale Sociale € 111.309.007,08
interamente versato
Banca iscritta all'Albo delle Banche
cod. 5622
Assoggettata all'attività di direzione e
coordinamento di Société Générale S.A.

Iscrizione al Registro delle Imprese di
Milano, Codice Fiscale e P. IVA
03126570013 Aderente al Fondo
Interbancario di Tutela dei Depositi

Comunicazione ex artt. 43 – 44 – 45 del Provvedimento Unico sul Post-Trading del 13 agosto 2018

1. Intermediario che effettua la comunicazione

ABI CAB
denominazione INTESA SANPAOLO S.P.A.

2. Intermediario partecipante se diverso dal precedente

ABI (n.ro conto MT)
denominazione _____

3. data della richiesta

4. data di invio della comunicazione

5. n.ro progressivo annuo

6. n.ro progressivo della comunicazione che si intende rettificare/revocare (*)

7. causale della rettifica (*)

8. nominativo del richiedente, se diverso dal titolare degli strumenti finanziari

9. titolare degli strumenti finanziari:

cognome o denominazione GUILLERMAZ
nome ANDREA GUIDO
codice fiscale GLLNRG63D16F205R
comune di nascita MILANO provincia di nascita M I
data di nascita 16/04/1963 nazionalità ITALIANA
indirizzo VIA ROMUALDO MARENCO 2
città 20144 MILANO (MI) Stato ITALIA

10. strumenti finanziari oggetto di comunicazione:

denominazione PITECO SPA

11. quantità strumenti finanziari oggetto di comunicazione:

12. vincoli o annotazioni sugli strumenti finanziari oggetto di comunicazione

natura data di: costituzione modifica estinzione
Beneficiario vincolo _____

13. data di riferimento

14. termine di efficacia

15. diritto esercitabile

16. note

INTESA SANPAOLO S.p.A.

Anagrafe ed Amministrazione Strumenti Finanziari

Giuseppe Paolo D. Maria Rosa Albani

17. Sezione riservata all'Emittente

Data della rilevazione nell'Elenco

Causale della rilevazione

Iscrizione

Maggiorazione

Cancellazione

Motivazione della cancellazione o del rifiuto di iscrizione

Firma dell'Emittente _____

CERTIFICAZIONE DI PARTECIPAZIONE AL SISTEMA
DI GESTIONE ACCENTRATA **MONTE TITOLI**
(art.43/45 del provvedimento Banca d'Italia/Consob 13/08/2018)

Intermediario che rilascia la certificazione

ABI CAB
denominazione **Societe Generale Securities Service S.p.A**

Intermediario partecipante se diverso dal precedente

ABI
denominazione _____

data della richiesta

Ggmmssaa

data di invio della comunicazione

Ggmmssaa

n° progressivo annuo

**n° progressivo certificazione
a rettifica/revoca**

causale della rettifica/revoca

Su richiesta di:

CORDUSIO SIM

Titolare degli strumenti finanziari:

cognome o denominazione VIRENTI
nome PAOLO
codice fiscale / partita iva VRNPLA60M02L682N
comune di nascita VARESE provincia di nascita VA
data di nascita 02/08/1960 nazionalità _____
ggmmssaa
indirizzo VIA CESARE PARAVICINI 16
città 21100 VARESE VA

Strumenti finanziari oggetto di certificazione:

ISIN
denominazione

Quantità degli strumenti finanziari oggetto di certificazione:

Vincoli o annotazioni sugli strumenti finanziari oggetto di certificazione

data di: costituzione modifica estinzione
ggmmssaa

Natura vincolo _____

Beneficiario vincolo (denominazione, codice fiscale, comune e data di nascita, indirizzo e città di residenza o della sede)

data di riferimento

ggmmssaa

termine di efficacia/revoca

ggmmssaa

diritto esercitabile

Note

Firma Intermediario

SOCIETE GENERALE
Securities Service S.p.A.

SGSS S.p.A.

Sede legale
Via Benigno Crespi, 19/A
20159 Milano
Italy

Tel. +39 02 9178.1
Fax. +39 02 9178.9999
www.securities-
services.societegenerale.com

Capitale Sociale € 111.309.007,08
interamente versato
Banca iscritta all'Albo delle Banche
cod. 5622
Assoggettata all'attività di direzione e
coordinamento di Société Générale S.A.

Iscrizione al Registro delle Imprese di
Milano, Codice Fiscale e P. IVA
03126570013 Aderente al Fondo
Interbancario di Tutela dei Depositi

Comunicazione ex artt. 43 – 44 – 45 del Provvedimento Unico sul Post-Trading del 13 agosto 2018

1. Intermediario che effettua la comunicazione

ABI CAB
denominazione INTESA SANPAOLO S.P.A.

2. Intermediario partecipante se diverso dal precedente

ABI (n.ro conto MT)
denominazione _____

3. data della richiesta

4. data di invio della comunicazione

5. n.ro progressivo annuo

6. n.ro progressivo della comunicazione che si intende rettificare/revocare (*)

7. causale della rettifica (*)

8. nominativo del richiedente, se diverso dal titolare degli strumenti finanziari

9. titolare degli strumenti finanziari:

cognome o denominazione VIRENTI
nome PAOLO
codice fiscale VRNPLA60M02L682N
comune di nascita VARESE provincia di nascita
data di nascita 2/08/1960 nazionalità ITALIANA
indirizzo VIA CESARE PARAVICINI 16
città 21100 VARESE (VA) Stato ITALIA

10. strumenti finanziari oggetto di comunicazione:

denominazione PITECO SPA

11. quantità strumenti finanziari oggetto di comunicazione:

12. vincoli o annotazioni sugli strumenti finanziari oggetto di comunicazione

natura data di: costituzione modifica estinzione
Beneficiario vincolo _____

13. data di riferimento

14. termine di efficacia

15. diritto esercitabile

16. note

INTESA SANPAOLO S.p.A.

Anagrafe ed Amministrazione Strumenti Finanziari

Giuseppe Paolo D. Maria Rosa Albani

17. Sezione riservata all'Emittente

Data della rilevazione nell'Elenco

Causale della rilevazione

Iscrizione

Maggiorazione

Cancellazione

Motivazione della cancellazione o del rifiuto di iscrizione

Firma dell'Emittente _____