

Protocollo

al Sig. **Sindaco**
Città di Medicina
Via Libertà n. 103 C.A.P. 40059

RICHIESTA DI ACCESSO AD ATTI E DOCUMENTI

(L. 241/90 e s.m. – Regolamento Comunale approvato con D.C.C. n.71 del 8/6/2010)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____
Via / P.zza _____ n. _____ Tel. _____
Fax _____ Cell. _____

agente in proprio, diretto interessato all'accesso, in qualità di:

- Proprietario/comproprietario dell'immobile di cui si chiede l'accesso
- Acquirente / affittuario dell'immobile di cui si chiede l'accesso
- Confinante dell'immobile di cui si chiede l'accesso

Professionista incaricato dal Sig. _____ residente a _____

Via _____ Civico _____ **(si veda DELEGA)**

Premesso di essere a conoscenza che i **tempi di espletamento della presente istanza ammontano a giorni 30**, ai sensi dell'art.25 della L.241/90 e s.m.;

CHIEDE

- di **prendere visione** di avere **copia semplice** di avere **copia autentica**

Delle seguenti pratiche edilizie:

Dati di riferimento per la ricerca di pratiche edilizie e/o altri documenti:

Proprietà attuale _____
Precedenti proprietari _____
Ubicazione edificio _____
Dati catastali _____

DICHIARA

- che la presente richiesta di accesso è in relazione alla tutela del seguente interesse (deve comunque trattarsi di un **“interesse diretto, concreto e attuale a una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento di cui è richiesto l’accesso”**):

- atto notarile mutuo presunta lesione di interessi
- documentazione personale presentazione progetto edilizio contenzioso in atto
- verifica conformità edilizia altro _____

- **di essere a conoscenza che a conclusione del procedimento devono essere versati gli importi dovuti per il diritto di segreteria riferiti alla finalità dell’accesso nel modo che segue:**

| | |
|--|-------|
| Ricerca e visura pratiche edilizie (accesso agli atti), escluso costo delle copie: | |
| procedimento abilitativo-certificato-atto rilasciato negli ultimi 8 anni | 10 |
| - ogni richiesta aggiuntiva | 5/cad |
| procedimento abilitativo-certificato-atto rilasciato oltre gli 8 anni | 30 |
| - ogni richiesta aggiuntiva | 5/cad |

(°) quando vengono richieste COPIE AUTENTICHE, la richiesta di accesso è assoggettata a imposta di bollo, ai sensi dell’art.3 dell’ALLEGATO A-TARIFFA, Parte Prima del DPR 642/1972.

Data _____

Firma _____

L’Amministrazione Comunale informa, ai sensi dell’art. 13 D.Lgs. 196/2003, che:

- il trattamento dei dati conferiti con dichiarazioni / richieste è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell’istruttoria e degli altri adempimenti;
- il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l’interruzione / l’annullamento dei procedimenti amministrativi;
- in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti con le dichiarazioni / richieste ad altri Enti competenti;
- il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall’art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero la modifica, l’aggiornamento e la cancellazione dei dati;
- titolare della banca dati è il Comune di Medicina; responsabili del trattamento dei dati sono i Direttori dei Settori interessati.

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, in qualità di _____

delego il Sig. _____

alla visione e/o copia degli atti oggetto della presente richiesta.

Allego documento di identità in corso di validità.

Firma _____