Comune di Medicina

ACCESSO AGLI ATTI

Io sottoscritto/a.....

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

solo se non risiedi a Medicina:

residente a..... prov..... via.....n.....

Indirizzo e-mail.....Telefono.....

In qualità di: ☐ diretto interessato; ☐ legale rappresentante dell'impresa/associazione/ente*:* .....

con sede a.....in Via.....civ.....

☐delegato/procuratore/legale di fiducia *(allegare delega o procura)*

Chiedo

☐di prendere visione (presso l'ufficio che detiene l'atto);
☐il rilascio di copia semplice (in formato elettronico, inviata all'email su indicata);
☐il rilascio di copia cartacea, consapevole dei costi di riproduzione, presso lo sportello.....;
☐il rilascio di copia conforme all'originale *(istanza e copia in marca da bollo - solo in forma cartacea);*
☐con allegati;

del/i documenti .....
.....
.....
.....
di competenza del Settore.....

per la seguente motivazione:.....
.....
.....
.....

☐ delego al ritiro della documentazione richiesta il/la signora .....

Codice Fiscale.....

Data ..... *Firma.....

*Non occorre la firma se inviato tramite email, ma occorre allegare la fotocopia di un documento d'identità