



# Città di Melfi

UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO  
Ufficio Segreteria-Presa Visione e Rilascio Copie Atti Amministrativi  
Piazza Pasquale Festa Campanile Tel.0972-251 269 - Fax 0972- 251217

**Il sottoscritto**

Cognome..... Nome.....

Via ..... Città..... Tel .....

Codice Fiscale																	
Doc.	N. .... del .....																

**CHIEDE**

(ai sensi dell'art.25 legge 241/90 per l'esercizio del diritto di accesso)

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Di prendere visione           | <input type="checkbox"/> con allegati | <input type="checkbox"/> senza allegati |
| <input type="checkbox"/> Il rilascio di copia semplice | <input type="checkbox"/> con allegati | <input type="checkbox"/> senza allegati |
| <input type="checkbox"/> Il rilascio di copia conforme | <input type="checkbox"/> con allegati | <input type="checkbox"/> senza allegati |

del/i seguente/i documento/i .....

.....

.....

Allegati richiesti : .....

**MOTIVAZIONE:** .....

.....

.....

.....

**A TAL FINE S'IMPEGNA A PAGARE IL CORRISPETTIVO DOVUTO**

Si informa l'interessato che i dati acquisiti saranno trattati e conservati nel rispetto dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 per il periodo necessario allo sviluppo del relativo procedimento. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del decreto stesso.

Data .....

Firma .....

**Delego al ritiro il Sig.** .....

**Presentarsi con fotocopia del doc. di Identità del Delegante**

**IL SOTTOSCRITTO ..... DICHIARA DI:**

- avere preso visione**
- avere ricevuto** copia semplice
- avere ricevuto** copia conforme
- avere ricevuto** copia conforme in bollo
- di **non avere** effettuato l'accesso agli atti
- di **avere effettuato** accesso parziale agli atti prendendo visione delle motivazioni adottate dal responsabile detentore degli atti

Melfi, li .....

Firma del richiedente .....