

Modulo: ACCESSO AGLI ATTI

Marca da
bollo € 14,62
per copia
autentica

Al Responsabile
del Servizio o Area _____
Comune di Gallipoli

Il/la sottoscritt_ _____

Residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____

Tel. _____

C H I E D E

- di visionare
 - la copia in carta libera
 - la copia conforme in bollo
 - si ritirerà il documento presso il Vostri uffici nel giorno che verrà da Voi comunicato.
- della seguente documentazione:

per i motivi di seguito elencati:

In caso di accoglimento della domanda:

- si chiede l'inoltro tramite posta elettronica al seguente indirizzo
email: _____
- si ritirerà il documento presso il Vostri uffici nel giorno che verrà da Voi comunicato.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

Spazio riservato all'ufficio:

Il rilascio di copia è subordinato al rimborso del costo di riproduzione: € 0,15 per ogni facciata di foglio formato A4 ed € 0,30 per ogni facciata di foglio formato A3.