




COMUNE DI CIVIDATE AL PIANO

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI ACCESSO
COMUNE DI CIVIDATE AL PIANO (BG)

RICHIESTA DI ACCESSO FORMALE AGLI ATTI

(Art. 24 del Regolamento approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 60 del 04.12.1997)

RICHIEDENTE			
COGNOME	NOME		
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA		
LUOGO DI RESIDENZA	INDIRIZZO DI RESIDENZA		
TELEFONO	E-MAIL		
RICHIESTA DI ACCESSO PER CONTO DI SOCIETA' - ISTITUZIONI - ENTI - ASSOCIAZIONI			
TITOLO DI RAPPRESENTANZA DENOMINAZIONE			
SEDE LEGALE (località)	INDIRIZZO		
ESTREMI DELL'ATTO (O DEGLI ATTI) RICHIESTO/I			
PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO (SE IN ATTO)			
MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA			
MODALITA' DI ACCESSO			
VISIONE DELL'ATTO <input type="checkbox"/>	COPIA SEMPLICE <input type="checkbox"/>	COPIA AUTENTICA <input type="checkbox"/>	
SOTTOSCRIZIONE			
DATA	FIRMA		
RISERVATO ALL'UFFICIO			
DATA PRESENTAZIONE	N. POSIZIONE		FIRMA DEL RESPONSABILE

DETERMINAZIONE SULL'AMMISSIBILITA' DELLA RICHIESTA (a cura del Responsabile del Servizio di accesso)	
LA RICHIESTA E' AMMISSIBILE <input type="checkbox"/>	LA RICHIESTA E' PARZIALMENTE / TOTALMENTE INAMMISSIBILE <input type="checkbox"/>
MOTIVAZIONI IN CASO DI ESCLUSIONE DELL'ACCESSO	
DATA	FIRMA

RICHIESTA DI RILASCIO ALL'UNITA' ORGANIZZATIVA CHE DETIENE L'ATTO UFFICIO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
DATA DI TRASMISSIONE	TERMINE PER IL RILASCIO

ESTREMI DEGLI ATTI RILASCIATI	
DATA	FIRMA

DETERMINAZIONE DEL RIMBORSO PER SPESE DI RIPRODUZIONE			
FORMATO PAGINE	N.	IMPORTO UNITARIO	IMPORTO TOTALE
A/4		Euro 0,25	Euro
A/3		Euro 0,40	Euro
Altro		Spesa effettiva sostenuta	Euro
		IMPORTO COMPLESSIVO	Euro
DATA DELLA RISCOSSIONE	N. BOLLETTA (a richiesta)	FIRMA DI RICEVUTA	

RITIRO DEGLI ATTI	
Il sottoscritto dichiara di ricevere in data odierna gli atti indicati nel riquadro sopra riportato.	
DATA	FIRMA



COMUNE DI CIVIDATE AL PIANO
PROVINCIA DI BERGAMO

P.zza Giovanni XXIII-24050 Civate al Piano (Bg)
Cod.Fiscale e P.Iva 00666770169

Centralino 0363/946411

Ufficio Tecnico 0363/946432

Telefax 0363/976100

e-mail

DISTINTA DI VERSAMENTO – DIRITTI DI RICERCA

DEBITORE:

IMPORTO EURO:

#50,00#

CAUSALE:

DIRITTI DI RILASCIO AUTORIZZAZIONI

Modalità di versamento:

IN CONTANTI

c/o lo sportello della Tesoreria Comunale
Banca di credito Cooperativo dell'Oglio e del Serio
con sede in Civate Al Piano, Via G. Marconi 49

**BONIFICO
BANCARIO**

IBAN

IT76B0851452900000000613682

