

**Amministrazione destinataria**

Comune di Scafa

**Ufficio destinatario**

Area Amministrativa

**Domanda di accesso documentale da parte di consiglieri comunali*****Ai sensi dell'articolo 43 del Decreto Legislativo 18/08/2000, n. 267***

Ufficio destinatario

**Il sottoscritto**

|                      |                      |                      |                      |                               |                          |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale                |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                               | Cittadinanza             |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                               | <input type="text"/>     |
| Residenza            |                      |                      |                      |                               |                          |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            |                      | Civico                        | Barrato                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      | Interno                       | Scala                    |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      | Piano                         | SNC                      |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          | <input type="checkbox"/> |
|                      |                      |                      |                      | CAP                           | <input type="text"/>     |
|                      |                      |                      |                      |                               |                          |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria   |                          |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>          |                          |
|                      |                      |                      |                      | Posta elettronica certificata |                          |
|                      |                      |                      |                      | <input type="text"/>          |                          |

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

**CHIEDE**

di esercitare il diritto di accesso documentale attraverso

- la presa visione
- copia informatizzata
- copia in carta semplice
- copia conforme all'originale
- altro (specificare)

**dei seguenti atti o documenti amministrativi**

Descrizione più dettagliata possibile degli atti o documenti amministrativi oggetto della domanda

**eventuali estremi identificativi degli atti o documenti**

Tipo di documento (ad esempio comunicazione, autorizzazione, ecc.)

Numero protocollo

Data

| Tipo di documento (ad esempio comunicazione, autorizzazione, ecc.) | Numero protocollo | Data |
|--|-------------------|------|
|  |                   |      |
|  |                   |      |
|  |                   |      |
|  |                   |      |
|  |                   |      |

**eventuale collocazione territoriale**

Particella terreni o Unità imm. urbana

Cod. cat.

Sezione

Foglio

Particella

Subalterno

Categoria

Visura

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

- che le copie, gli atti e i documenti richiesti saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento del mandato elettivo ricoperto, con il rispetto del segreto nei casi specificamente determinati dalla legge
- che le copie, gli atti e i documenti richiesti sono necessari per lo svolgimento del mandato consiliare
- di essere consapevole che il diritto all'accesso non si sottrae alla regola del ragionevole bilanciamento propria dei rapporti tra diritti fondamentali di pari rango

Previa verifica e conferma da parte dell'ufficio competente circa la sussistenza del diritto, dei costi, dell'eventuale regolarizzazione dell'istanza, del rispetto alle disposizioni in materia di bollo e fatti salvi eventuali motivi ostativi di natura tecnica ed organizzativa,

**CHIEDE**

- di poterli ritirare presso l'ufficio competente dell'Amministrazione
- di riceverli all'indirizzo indicato come domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento
- di riceverli a mezzo posta al seguente indirizzo

*(se previsto dall'Amministrazione)*

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Scafa

Luogo

Data

il dichiarante