DELEGA PER RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A		
NATO/APROV	IL	
CODICE FISCALE	_ , RESIDENTE NEL COMUNE	DI
	PROV	
VIA/PIAZZA		
TEL CELL	E-MAIL	
IN QUALITÀ DI		
Consapevole del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, formaz riguardi, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., le si materia,		
AUTORIZZA		
le persone sotto elencate: DELEGATO	FIRMA AUTOGRAFA ESTESA DEL DELEGATO	
Cognome e nome		
Qualifica		
Cognome e nome		
Qualifica		
Cognome e nome		
Cognome e nome		
Qualifica		
Quantica		
A RICHIEDER	E	
in nome e per suo conto, l'accesso ad atti, documenti e informazioni riveste la qualifica sopra riportata.	relative alla persona fisica/giuridica di cui il sottosci	ritto
Dichiaro di essere informato ed autorizzo il Comune di Buti a trattare i di con strumenti informatici, nel rispetto della massima riservatezza, esclus		ite o
Buti,	FIRMA	

N.B. Allegare fotocopia del documento di identità del delegante