



COMUNE DI CHIUSA SCLAFANI

PROVINCIA DI PALERMO

TEL. 0918353243 – 0918353538 FAX 0918353494

All' U.R.P.
Piazza Castello, 9
90033 Chiusa Sclafani (PA)

Il/la Sig.....

Nato/a.....il.....

Residente a.....in via.....

Tel.....@.....

CHIEDE

DI ESERCITARE IL PROPRIO DIRITTO DI ACCESSO FORMALE AI SENSI DELLA L.R. 10/91

mediante:

semplice consultazione

estrazione copia

estrazione copia conforme

dei seguenti atti amministrativi:

.....
.....
.....

Per il seguente motivo:

.....
.....
.....

Chiusa Sclafani li.....

Il Richiedente

(firma leggibile)