MOD. ***RICHIESTA ESTRAZIONE COPIA***
Art. 25 L.241/90

AL DIRIGENTE SETTORE AMM.VO
A.T.E.R. TERAMO
VIA ROMA, 49
64100 TERAMO

OGGETTO: **RICHIESTA ESTRAZIONE COPIA**
DI _____

IL SOTTOSCRITTO_____
NATO A _____IL_____
RESIDENTE A_____
TEL.N._____
DOC.IDENTIFICAZIONE_____

CHIEDE

DI

ESTRARRE COPIA SEMPLICE*/AUTENTICA**
DEL _____
_____
_____
_____
_____
_____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÁ DI ESSERE TITOLARE DEL SEGUENTE INTERESSE LEGGITTIMO:
_____
_____
_____
_____
_____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

SI AUTORIZZA:
IL DIRIGENTE DEL SETTORE AMM.VO
(**dott. Raffaele Foschini**)

COSTI:
*****PER UN NUMERO DI COPIE PER FORMATO **UNI A4** PARI O INFERIORE A 10: **€ 1,03**;
PER OGNI COPIA ULTERIORE: **0,10 CENT**;
PER UN NUMERO DI COPIE FORMATO **UNI A3** PARI O INFERIORE A 10: **€ 2,07**;
PER OGNI COPIA ULTERIORE:**0,20 CENT**.
****** SE TRATTASI DI COPIA AUTENTICA,ANCHE IMPOSTA DI BOLLO DA **€ 14,62;**
SE TRASMESSA PER FAX ANCHE **€ 1,29**
SE TRASMESSA PER POSTA:**SECONDO TARIFFARIO**

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)