



**COMUNE DI POLAVENO**  
**P.ZZA G. MARCONI, 4 - 25060 POLAVENO (BS)**  
**TEL 030 8940955 – FAX 030 84109**  
**www.comune.polaveno.bs.it**

Il sottoscritto presenta domanda di accesso **SULLA BASE DEL SEGUENTE INTERESSE**  
(è obbligatorio specificare, al fine del riscontro alla domanda di accesso, l'interesse concreto ed attuale che sta alla base dell'istanza) in qualità di:

---

---

---

---

Si delega per il ritiro la il Sig./la Sig.ra: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Doc. Identità \_\_\_\_\_

Letta l'informativa consegnata dagli uffici, si prende atto che il Comune darà riscontro alla richiesta solo in presenza dei presupposti previsti dalla vigente normativa in materia di accesso (Legge 241/1990 artt. 22-25, DPR 352/1922).

Polaveno, [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

IN FEDE

(Firma leggibile)

Vista la suddetta istanza di accesso,

si autorizza       NON si autorizza      |

Note/Motivazioni

---

---

Settore

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di aver esercitato in data \_\_\_\_\_

Il sopra richiesto accesso mediante  Ritiro copia atti  Visione atti

Firma \_\_\_\_\_

Si informa che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 i dati personali del richiedente verranno trattati su supporto cartaceo od informatico unicamente al fine di evadere la domanda di accesso.