

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

SEDE DI.....

MODULO ACCESSO AGLI ATTI CON DELEGA A TERZI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

recapito telefonico _____ Cell. _____

delegato dal Sig./ra _____

in qualità di _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

recapito telefonico _____ Cell. _____

CHIEDE

Il rilascio in: Carta semplice Copia conforme

dei seguenti documenti amministrativi:

Per il seguente dettagliato motivo:

Documentazione da allegare obbligatoriamente:

Delega Fotocopia documento delegante Fotocopia documento delegato

Trapani,

IN FEDE