



COMUNE DI
TREZZANO ROSA

Provincia di Milano

20060 Trezzano Rosa
Piazza XXV Aprile, 1
C.F. 83502090158
P.IVA 04670940156
info@comune.trezzanorosa.mi.it
www.comune.trezzanorosa.mi.it

Tel. 02 920199 .1
■ Tecnico .20
■ Demografici .30
■ Ragioneria .40
■ Segreteria .50
■ Polizia .26
Fax 02 920199 .59

Al Responsabile Del Servizio Tecnico
del Comune di Trezzano Rosa

RICHIESTA ACCESSO AGLI ATTI

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il ____/____/____ residente a _____

Via _____ N. _____ Tel. _____

Indirizzo e-mail (se disponibile) _____

documento di identificazione _____ n. _____

in qualità di: (barrare la casella che interessa)

- proprietario
- legale rappresentante (allegare documentazione)
- tecnico incaricato (allegare delega)
- amministratore (allegare documentazione)
- affittuario (allegare documentazione)
- legale di fiducia (allegare delega)
- CTU (allegare documentazione)

N.B. Il/La Sottoscritto/a dichiara che la documentazione ottenuta sarà utilizzata in osservanza delle disposizioni di legge vigenti e specifica inoltre, ai sensi dell'art. 22 della Legge 241/90, il proprio interesse connesso alla richiesta di accesso, che comprova allegando certificazione attestante: a) il proprio titolo sopra indicato; b) il proprio interesse giuridicamente rilevante (solo nel caso la richiesta non sia relativa alla proprietà del richiedente stesso).

CHIEDE DI

- Esaminare la documentazione amministrativa
- Esaminare ed estrarre copia di documentazione in carta libera
- Esaminare ed estrarre copia di documentazione conforme all'originale

Documenti amministrativi:



COMUNE DI
TREZZANO ROSA

Provincia di Milano

20060 Trezzano Rosa
Piazza XXV Aprile, 1
C.F. 83502090158
P.IVA 04670940156
info@comune.trezzanorosa.mi.it
www.comune.trezzanorosa.mi.it

Tel. 02 920199 .1
■ Tecnico ..20
■ Demografici ..30
■ Ragioneria ..40
■ Segreteria ..50
■ Polizia ..26
Fax 02 920199 ..59

Documenti Edili:

PER L'IMMOBILE DI VIA _____ N. _____

1. LICENZA/CONCESSIONE EDILZIA N. _____ DEL _____
2. PDC/PDC IN SANATORIA N. _____ DEL _____
3. DIA N. _____ DEL _____
4. SCIA N. _____ DEL _____
5. CILA/CILA IN SANATORIA N. _____ DEL _____
6. AGIBILITA'/AGIBILITA' IN SANATORIA N. _____ DEL _____

7. ALTRO:

per il/i seguente/i specifico/i motivo/i:

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA INOLTRE DI AVER PRESO VISIONE DELLE TARIFFE APPLICABILI PER LA RIPRODUZIONE DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI (DELIBERA G.C. N. 76 DEL 22.12.2025) E DI PROVVEDERE, CONTESTUALMENTE CON LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA, AL PAGAMENTO DELL'IMPORTO DI €. 50,00 A PRATICA DI DIRITTI DI RICERCA E VISURA, TRAMITE PAGO PA PRESENTE SUL SITO ISTITUZIONALE.

Data _____

Firma _____

Dichiaro di aver ritirato le copie e/o preso visione dei documenti richiesti.

Data _____

Firma per Ricevuta _____