



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 Edilizi:

PER L'IMMOBILE DI VIA _____ N. _____

- | | | |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| 1. LICENZA/CONCESSIONE EDILIZIA | 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 _____