

# UNIVERSITA' AGRARIA DI VALMONTONE

00038 VALMONTONE

VICOLO S. ANDREA, 7

C.F. 870015 30580

L'anno \_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_ del mese di

Io sottoscritto/a

Nato/a

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

## **CHIEDE AI SENSI DELLA LEGGE 241/ 90**

- Il rilascio di copia conforme all' originale

Del/i seguente/ i documento/i

---

---

---

---

---

---

Motivazione:

---

---

---

---

A tal fine si impegna a pagare l'eventuale corrispettivo dovuto

Firma \_\_\_\_\_

Nota importante: A norma della legge 675 e 676/96 e successive modificazioni si informa che i presenti dati sono strettamente pertinenti ed indispensabili per l'accesso e verranno utilizzati esclusivamente ad uso interno per consentire l'identificazione dell'interessato per un periodo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati.

Firma \_\_\_\_\_