**Richiesta visione fascicolo e richiesta copie di fascicoli archiviati**

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| * Avvocato
 | * Cittadino
 |

|  |  |
| --- | --- |
| *COGNOME E NOME* |  |
| *DATA E LUOGO DI NASCITA* |  |
| *RESIDENZA (Via/Piazza,n°civico,Città,CAP)* |  |
| *NUMERO TELEFONICO* |  |
| *EMAIL* |  |

* Parte offesa (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indagato (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Per il fascicolo N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ assegnato al PM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

archiviato in data \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

|  |
| --- |
| * **LA VISIONE DEL FASCICOLO**
 |
| * **IL RILASCIO DELLE COPIE DEGLI ATTI CONTENUTI NEL FASCICOLO DEL PUBBLICO MINISTERO**

**NUMERO COPIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** **DELEGA LA PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**NOTE ALLA COMPILAZIONE**

**Il richiedente si impegna a restituire gli atti nel medesimo ordine in cui gli sono stati consegnati**

**ALLEGATI**

1. **Delega in originale e fotocopia del documento di identità del delegante**