**Richiesta visione fascicolo e copie**

Il/La sottoscritto/a:

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

**IN QUALITÀ DI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PERSONA SOTTOPOSTA ALLE INDAGINI | * PERSONA OFFESA |
|  | DIFENSORE DI FIDUCIA | * DIFENSORE D’UFFICIO |

Nell’ambito del procedimento penale N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in fase di:

|  |
| --- |
| * **AVVISO EX ART. 415 BIS C.P.P.** * **AVVISO ALLA P.O. RICHIESTA DI ARCHIVIAZIONE** |
| * **AVVISO ALL’INDAGATO DELLA RICHIESTA DI ARCHIVIAZIONE EX ART. 131 BIS C.P.P.** * **DECRETO DI CITAZIONE A GIUDIZIO IN DATA** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ * **ATTESA DATA FISSAZIONE CITAZIONE DIRETTA NEL MESE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   **CHIEDE** |

|  |
| --- |
| * **LA VISIONE DEL FASCICOLO** |
| * **L’ESTRAZIONE DELLE COPIE DEGLI ATTI NUMERO COPIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**     **TIPOLOGIA COPIE RICHIESTE**   |  |  | | --- | --- | | * CON URGENZA | * SENZA URGENZA | |

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

**NOTE ALLA COMPILAZIONE**

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

**Gli atti richiesti potranno essere ritirati:**

* **senza urgenza dopo 2 giorni dalla richiesta**
* **con urgenza a partire dal giorno successivo previo pagamento dei diritti di urgenza**