



TRIBUNALE DI UDINE
Largo Ospedale Vecchio, 1

CANCELLERIA VOLONTARIA GIURISDIZIONE

RICHIESTA COPIE

Il/la sottoscritto/a _____ Nato a _____

Il _____ Residente a _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____ Cell. _____

R.V.G. _____ G.T. dott./dott.ssa _____

Indirizzo e-mail _____

Beneficiario _____

CHIEDE

Il rilascio di n. _____ copie:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CON URGENZA | <input type="checkbox"/> SENZA URGENZA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI | <input type="checkbox"/> AUTENTICHE |

Dei seguenti atti:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RICORSO INTRODUTTIVO | <input type="checkbox"/> DECRETO DI NOMINA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO |
| <input type="checkbox"/> DECRETO DI FISSAZIONE UDIENZA | <input type="checkbox"/> VERBALE DI GIURAMENTO |
| <input type="checkbox"/> ISTANZA DI _____ | <input type="checkbox"/> ALTRO |
| <input type="checkbox"/> PROVVEDIMENTO GIUDICE TUTELARE | _____ |

Allega n. _____ marche da bollo da € _____.

Delega inoltre al ritiro delle copie richieste il personale addetto allo Sportello di Promozione e Supporto all'Amministratore di Sostegno _____.

Udine, li _____

Firma del richiedente _____