



**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. \_\_\_\_\_  
procedimento R.G.N.C. \_\_\_\_\_ G.T. dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

**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"/> DECRETO DI FISSAZIONE UDIENZA         | <input type="checkbox"/> DECRETO DI NOMINA AMMINISTRATORE<br>DI SOSTEGNO |
| <input type="checkbox"/> PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE<br>TUTELARE | <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)<br>_____                    |

**Allega n. \_\_\_\_\_ marche da bollo da € \_\_\_\_\_.**

Delega inoltre al ritiro delle copie richieste \_\_\_\_\_, addetta allo Sportello di Supporto e Promozione all'Amministratore di Sostegno dell'Ambito Distrettuale \_\_\_\_\_.

Udine, li \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_