



Ministero della cultura

DIREZIONE GENERALE ARCHIVI
ARCHIVIO DI STATO DI ALESSANDRIA

Al Direttore dell'Archivio di Stato di Alessandria
Sua sede

MODULO DI RECLAMO (COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il modulo dovrà essere prodotto esclusivamente in formato .pdf qualsiasi altro formato non verrà preso in esame

RECLAMO PRESENTATO DA

Il/la Sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____

NATO/A _____

Prov/Stato _____

IL _____

RESIDENTE A _____

Prov/Stato _____

CAP _____

VIA _____

E-MAIL _____

TEL _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N _____

SCADENZA _____

RILASCIATO DA _____

OGGETTO DEL RECLAMO

MOTIVI DEL RECLAMO

RICHIESTE DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 e s.m.i esclusivamente per le finalità di gestione del procedimento.

Le presenti dichiarazioni sono rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 38, 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000.

ALLEGA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ AI SENSI DELL'ART. 38 c. 3 DEL D.P.R. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma _____

Al presente reclamo verrà data risposta entro 30 giorni