

**ISTANZA DI ATTIVAZIONE POTERE SOSTITUTIVO AI SENSI ARTICOLO 2 COMMA 9-BIS  
DELLA LEGGE N. 241/1990**

Li \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**Dott.ssa Fausta NIGRO**

Segretario Comunale del

Comune di

27020 TRAVACO' SICCOMARIO

Il/La sottoscritto/a

COGNOME	NOME	
NATO A	IL	
RESIDENTE IN		
VIA	N.	
TELEFONO		

In nome proprio/in nome e per conto della

--

**(indicare ragione sociale/denominazione sociale/nome associazione/fondazione/comitato/altra istituzione)**

Con sede in	Via
Codice fiscale	

legittimato ai sensi \_\_\_\_\_

(titolo che costituisce la legale rappresentanza), premesso:

- che in data \_\_\_\_\_ al numero protocollo \_\_\_\_\_ ha presentato specifica istanza per \_\_\_\_\_

(indicare l'oggetto del procedimento)

- che il termine per la conclusione del procedimento in oggetto è scaduto in data \_\_\_\_\_;

**Presenta formale istanza, ai sensi dell'art. 2 comma 9 bis della legge n. 241/1990**, affinché il soggetto cui l'Amministrazione Comunale ha attribuito il potere sostitutivo in caso di inerzia, concluda il procedimento entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto, attraverso le strutture competenti o con la nomina di un commissario.

Indicazione propri riferimenti per comunicazioni dell'Amministrazione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_

**(allegare copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore)**