



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
DI FERMO**

**Via Liguria 5 – Fermo (FM)**

**ALLEGATO C  
Accoglimento della richiesta di accesso**

Egr. sig. / Gent.ma sig.ra \_\_\_\_\_

Le comunico che la sua richiesta di accesso n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ è stata accolta.  
Potrà quindi rivolgersi, entro trenta giorni dal ricevimento della presente, presso i nostri uffici di  
Corso Cavour 96, il martedì e giovedì ore 16,00 – 18,00.

La preghiamo quindi di confermare la sua presenza al n. tel, 0734/612004 o anche via fax al n.  
0734/612004.

Il responsabile del procedimento è LUCA MORESCHINI.

I costi eventuali di riproduzione sono stati previsti dall'allegato C del Regolamento per l'esercizio  
del diritto di accesso, che trova qui allegato.

Fermo, \_\_\_\_\_