



---

Nome del procedimento:

**TRASCRIZIONE ATTO DI NASCITA DALL'OSPEDALE (II B, UFF. II)**

Denominazione dell'unità organizzativa (servizio o ufficio) responsabile del procedimento:

**Ufficio Stato Civile Nascite** (SETTORE 4 Servizi delegati)

Riferimenti normativi del procedimento:

**dpr 396/2000**

Nominativo del soggetto responsabile del procedimento:

**Brisotto Lorenzo, Benincà Silvia**

Nominativo del soggetto responsabile dell'adozione del provvedimento finale:

**Brisotto Lorenzo, Benincà Silvia**

Indirizzo mail - Telefono:

**protocollo@comune.pec.como.it - 031252244**

Termine del procedimento (*n. giorni in formato numerico*):

**30**

Tempo medio di conclusione del procedimento riferito all'esercizio finanziario precedente (*n. giorni in formato numerico*):

**1**

Documenti richiesti (*per i procedimenti ad istanza di parte*):