

**RICHIESTA DI RINVIO/RIAPERTURA DI UN'UDIENZA IMPARZIALE**P.O Box 1930  
ALBANY, NY 12201-1930LE RICHIESTE DI RINVIO SCRITTE PRESENTATE MENO DI SETTE GIORNI PRIMA DELL'UDIENZA  
POTREBBERO NON CONSENTIRE UN TEMPO SUFFICIENTE PER UN'ADEGUATA ELABORAZIONE*Scrivere le informazioni in modo chiaro.***DATA DI OGGI:** \_\_\_\_\_**NUMERO UDIENZA IMPARZIALE:** \_\_\_\_\_ **N. PRATICA:** \_\_\_\_\_**DATA E ORA UDIENZA:** \_\_\_\_\_**INFORMAZIONI APPELLANTE:**

NOME PRATICA: \_\_\_\_\_

(COGNOME)

(PRIMO NOME)

(INIZ. 2° NOME)

INDIRIZZO  
(VIA/PIAZZA): \_\_\_\_\_ INTERNO N.: \_\_\_\_\_

LOCALITÀ: \_\_\_\_\_ STATO: \_\_\_\_\_ CODICE POSTALE: \_\_\_\_\_

N. TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_ N. FAX: ( ) \_\_\_\_\_

E UNA RISPOSTA SCRITTA, QUALORA FOSSE NECESSARIO.

MOTIVO DI RICHIESTA DI RINVIO  RIAPERTURA DI UN'UDIENZA IMPARZIALE IN CONTUMACIA:  
**(È NECESSARIO STABILIRE UN VALIDO MOTIVO)****INFORMAZIONI RAPPRESENTANTE:**

GRUPPO LEGALE: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO  
(VIA/PIAZZA): \_\_\_\_\_

LOCALITÀ: \_\_\_\_\_ STATO: \_\_\_\_\_ CODICE POSTALE: \_\_\_\_\_

N. TELEFONO: ( ) \_\_\_\_\_ N. FAX: ( ) \_\_\_\_\_

**ALLEGARE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE A SOSTEGNO DELLA PROPRIA RICHIESTA DI  
RINVIO O DI RIAPERTURA DELL'UDIENZA IMPARZIALE.****LA RICEZIONE DEL PRESENTE MODULO IMPLICA ESCLUSIVAMENTE CHE LA SUA RICHIESTA DI  
RINVIO O DI RIAPERTURA SARÀ VALUTATA.**