

AZIENDA SANITARIA LOCALE – SALERNO

Al.....
Macro-Struttura (Presidio Ospedaliero/Distretto Sanitario/Dipartimento)

Via
c.a.p. Località

MODULO DI RICHIESTA ACCESSO AGLI ATTI

- Artt. 22 e seg. della L. 241/90 e s.m.i. -

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. () il / ___ / ___ / ___ / Residente/Domiciliato a _____

Prov. () Via _____ c.a.p. _____ Documento di Riconoscimento
_____ rilasciato da _____ il / ___ / ___ / ___ /

Telefono _____ E-mail/P.E.C.: _____

Nella qualità di (specificare se diretto interessato, Procuratore Legale, Rappresentante Legale, ecc.)

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 22 e 25 della L. 241/90 e s.m.i. di essere ammesso all'esercizio del diritto di accesso e in particolare di: *(Barrare la casella che interessa)*

- PRENDERE IN SEMPLICE "VISIONE"
 - PRENDERE IN ESAME, CON RILASCIO DI COPIA "SEMPLICE"
 - PRENDERE IN ESAME, CON RILASCIO DI COPIA "CONFORME ALL'ORIGINALE" (AUTENTICATA)
- (Salve le disposizioni vigenti in materia di Bollo, nonché i diritti di ricerca e di visura)*

I sottoelencati Documenti Amministrativi

(Specificare gli elementi di identificazione degli atti richiesti -> Esempio: Tipologia del documento – Data – N. Protocollo – ecc.):

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI ACCESSO

SI ALLEGA COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

Dichiaro altresì di essere informato, giusto art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici/telematici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata e nell'ambito del trattamento dei dati per lo svolgimento dei compiti e delle attività istituzionali e di quelli tipicamente previsti dall'organizzazione dell'ASL Salerno, nell'espletamento delle proprie funzioni tecnico-amministrative (esempio: misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale), nel rispetto della normativa vigente. Titolare del trattamento dei dati: ASL Salerno.

Luogo e Data

Il Richiedente

Firma da apporre davanti all'impiegato oppure allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento

Spazio riservato all'Ufficio presso il quale ha avuto luogo l'accesso agli atti

Accesso effettuato il / ___ / ___ / ___ / presso _____ Pratica n. _____

Pagamento diritti _____ Il Richiedente _____ L'Ufficio _____