



MODULO DI RICHIESTA ACCESSO ATTI

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ Prov. () il ___/___/___ Residente /Domiciliato a
Prov. () Via _____ c.a.p. _____
Documento di riconoscimento _____ rilasciato da _____
il ___/___/___ Telefono _____ Fax _____

Nella qualità di : () Diretto Interessato () Delegato () Genitore di minore () Legittimo Erede
() Tutore Legale () Altro : _____

CHIEDE

Ai sensi degli artt.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"
(salve le disposizioni vigenti in materia di Bollo, nonché i diritti di ricerca e visura)

I sottoelencati Documenti:

Paziente _____ n. il ___/___/___

() Cartella Clinica U.O. _____
Ricovero del ___/___/___ ; del ___/___/___ ; del ___/___/___

() Cartella Clinica U.O. _____
Ricovero del ___/___/___ ; del ___/___/___ ; del ___/___/___

() Cartella Clinica U.O. _____
Ricovero del ___/___/___ ; del ___/___/___ ; del ___/___/___

() Radiografia del ___/___/___ ; del ___/___/___ ; del ___/___/___
() TAC del ___/___/___ ; del ___/___/___ ; del ___/___/___

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI ACCESSO

ALLEGA COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Dichiara 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 ed attività istituzionali e di quelli tipicamente previsti dall'organizzazione dell'Asl Salerno, nell'espletamento delle proprie funzioni tecnico-amministrative (esempio: misurazione della performance organizzativa ed individuale) nel rispetto della normativa vigente.
Titolare del trattamento dei dati : ASL Salerno

Sapri, li ___/___/___

Il Richiedente

(segue sul retro)

() Si richiede la spedizione a mezzo Racc. A.R. a :

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

Accesso effettuato il ___/___/___ presso l'Ufficio 241/90

Pratica n. ___/2017

Pagamento diritti € _____ Il Richiedente _____

l'Ufficio _____