

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
di Castellammare di Stabia NA
RICHIESTA DI ACCESSO FORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI
(legge 241/90 e s.m.i.)

<u>Riservato all'ufficio</u>			
Domanda di accesso n.		del	
Protocollo n.		del	

Direttore della Struttura Complessa:	
Sede:	

Richiedente										
Cognome					Nome					
Nato il		/				/		a		Prov.
Residente in										
Codice Fiscale					Telefono/Fax					
Indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni:										
Titolo di rappresentanza del richiedente:										
<input type="checkbox"/> Diretto interessato:										
<input type="checkbox"/> Legale rappresentante*:										
(*Allegare lettera di procura in carta semplice accompagnata dal documento di riconoscimento)										

Motivazione (ex art.25 co. 2 L.241/90)			
Interesse giuridicamente rilevante per la visione di atti riservati (art.25 co. 2 L.241/90)			
Soggetto controinteressato			
Richiesta della seguente documentazione			
<input type="checkbox"/> Da – prendere in visione:			
<input type="checkbox"/> Da – Rilasciare in copia:	<input type="checkbox"/> Semplice	<input type="checkbox"/> Autenticata	<input type="checkbox"/> In Bollo

<p>Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci o di uso di atti falsi, dichiara e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.</p> <p>Con la firma apposta in calce alla presente richiesta di accesso ai documenti amministrativi il/la sottoscritto/a autorizza, a norma del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), l'ASL NA3SUD ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico o cartaceo nonché a rendere note le loro elaborazioni ed in genere tutti i risultati dei trattamenti dei dati stessi in una forma che non consenta l'identificazione personale. Per quanto riguarda i diritti degli interessati si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 7 del citato d.lgs n. 196/2003.</p> <p>Il/La sottoscritto/a si assume inoltre la responsabilità in ordine a tutti i dati indicati nella presente richiesta.</p>	
Luogo e data	Firma del richiedente
_____	_____
(allegare fotocopia di un documento d'identità del richiedente se inviata per posta, fax, e-mail)	

(Da compilare a cura dell'ufficio)			
Direzione Struttura Complessa			
Cod.Direzione Str.Compl.			
Domanda ricevuta in data			
Prot. n.		del	

Identificazione richiedente												
Cognome				Nome								
Nato il			/		/					a	Prov.	
Residente in												
Codice Fiscale											Telefono/Fax	
Indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni:												

Identificazione eventuale accompagnatore:												
Cognome				Nome								
Nato il			/		/					a	Prov.	
Documento di Riconoscimento								N°				
Rilasciato da						il			/		/	
Indirizzo a cui scrivere eventuali comunicazioni:												

Esito istanza	
<input type="checkbox"/> Accoglimento	<input type="checkbox"/> Limitazione
<input type="checkbox"/> Diniego	<input type="checkbox"/> Differimento
Motivazione (nel caso di diniego, limitazione o differimento, specificando i caratteri della limitazione o della durata del differimento anche in relazione all'obbligo di comunicazione ai soggetti controinteressati all'istanza di accesso)	
Estremi dell'eventuale provvedimento del diniego	

Estrazione fotocopie n°		Formato:	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4
Costi Previsti:				
<input type="checkbox"/> Altri tipi di fotocopie:		Costi Previsti:		
Spedizione documenti costi previsti :				
Modalità di effettuazione del rimborso (Allegare ricevuta)				
Versamento su c.c.p. n°				
Marca da bollo n°				
Spedizione documenti in data		Prot.n°		del
Per ricevuta (il richiedente)				
Data				
Il Responsabile del procedimento				