



REGIONE PUGLIA

Azienda Ospedaliero – Universitaria Consorziata Policlinico

B A R I

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

**Modulo per la richiesta formale di accesso ai documenti amministrativi**

**Legge 241/90 e s.m.i.**

**Oggetto:** Richiesta di accesso formale a documenti amministrativi ai sensi della normativa vigente .

**Il sottoscritto/a**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

n. telefonico \_\_\_\_\_ n. cellulare \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento **(da allegare in fotocopia)** \_\_\_\_\_

numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI**

- prendere visione
  - ottenere copia cartacea in carta libera
  - ottenere copia cartacea autenticata
- dei sotto elencati atti e/o documenti

---

---

---

**Chiede per quanto richiesto:**

- consegna diretta o a soggetto delegato
- spedizione a mezzo posta al seguente indirizzo:

---

- spedizione a mezzo fax al seguente recapito: \_\_\_\_\_
- spedizione a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo e-mail:

---

**Motivazione della richiesta:**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 46 DEL DPR N. 445/2000**

**Il sottoscritto dichiara di essere:**

- direttamente interessato
- legale rappresentante dell'ente, società, impresa, etc.

\_\_\_\_\_

- tutore, curatore o simili di

\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni false o di uso di documenti falsi, saranno applicate le sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000.**

Il/la sottoscritto/a richiedente **DELEGA** al ritiro di quanto richiesto il sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

numero \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il/la richiedente \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta

\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'AMMINISTRAZIONE**

La richiesta di cui sopra è stata evasa il \_\_\_\_\_

Il funzionario \_\_\_\_\_