

ALLEGATO 1 – fac simile

Al Responsabile della Struttura

All'ufficio Relazioni con il Pubblico – URP

DOMANDA DI ACCESSO FORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a _____

Residente a _____ Via/Corso _____

Telefono _____ Cellulare _____ Fax _____

Indirizzo email _____

Indirizzo PEC _____

SPECIFICARE IL MOTIVO GIUSTIFICATIVO DELLA RICHIESTA

(Da indicare ai sensi dell'art. 13 regolamento aziendale)

CHIEDE L'ACCESSO AI SEGUENTI ATTI:

Oggetto dell'atto	Numero	Data

- ☐ per la visione;
- ☐ per la visione e trascrizione del documento
- ☐ per il rilascio di:
A) fotocopia per uso proprio
B) copia conforme all'originale

Si comunica di voler esercitare l'accesso alla documentazione richiesta:

- Personalmente
- Personalmente con l'assistenza di;
(indicare le generalità dell'accompagnatore e consegnare copia del relativo documento di identità)
- Delegando il/la
(indicare le generalità dell'accompagnatore e consegnare copia del relativo documento di identità)
- Tramite il servizio postale;
- Si autorizza la trasmissione di copia dell'atto/i richiesto/i al seguente indirizzo PEC:
.....

Il richiedente

Informativa, ai sensi dell'art. 13 D.lgs 30-06-2003 n. 196 – Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata.

Il richiedente

Allegati:

- 1) Documento valido di riconoscimento;
- 2) Atto di delega e documento valido di identificazione del delegato;
- 3) Attestazione della qualità di tutore, legale ecc.

Parte da compilare a cura dell'Amministrazione

La richiesta è stata presentata in data _____

Il ricevente

ALLEGATO 2 – fac simile

Al Responsabile della Struttura

DOMANDA DI ACCESSO INFORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a _____

Residente a _____ Via/Corso _____

Telefono _____ Cellulare _____ Fax _____

Indirizzo email _____

Indirizzo PEC _____

Identificato con documento _____ n. _____

HA CHIESTO DI PRENDERE VISIONE DEI SEGUENTI ATTI:

Oggetto dell'atto	Numero	Data

SPECIFICARE IL MOTIVO GIUSTIFICATIVO DELLA RICHIESTA

(Da indicare ai sensi dell'art 12 regolamento aziendale)

Il richiedente

Il responsabile del servizio

Parte da compilare a cura dell'Amministrazione

La richiesta è stata presentata in data _____

Il ricevente

DICHIARAZIONE DI ACCESSO INFORMALE

Il/la sottoscritto/a dichiara di

- ☐ Aver preso visione/estratto copia del documento richiesto
- ☐ non aver potuto prendere visione/estrarre copia della documentazione richiesta, per le seguenti ragioni:

Pertanto, è stato /a invitato/a, ai sensi dell'art 12 regolamento aziendale a presentare domanda formale

Data _____

Il richiedente _____

Informativa, ai sensi dell'art. 13 Dlgs 30-06-2003 n. 196 – Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata.

Il richiedente _____

ALLEGATO 3 – fac simile

Prot. n.

data

- ☐ Consegna a mano all'interessato o suo delegato
- ☐ Trasmissione autorizzata tramite PEC
- ☐ Trasmissione tramite servizio postale

Alla c.a. sig./sig.ra

**Oggetto: RICHIESTA FORMALE DI ACCESSO AGLI ATTI AMMINISTRATIVI –
ACCOGLIMENTO**

Vista la richiesta di accesso formale del Prot;
Ritenuti sufficientemente provati la legittimazione, i poteri rappresentativi, l'interesse di ottenere l'accesso ai
richiesti documenti ritenuti altresì quest'ultimi accessibili

SI AUTORIZZA

Il Richiedente

- ☐ a visionare
- ☐ a visionare e trascrivere in tutto o in parte
- ☐ a ottenere copia
- ☐ a ottenere copia autentica

Della seguente documentazione :

La suindicata documentazione potrà essere ritirata presso via
n., entro il termine di 30 gg dalla ricezione della presente, dalle ore 9,00 alle ore 12,00 dal lunedì
al venerdì previo appuntamento telefonico al n. subordinatamente all'esibizione dell'attestazione
di pagamento relativa al rimborso dei seguenti costi:

- Euro a titolo di rimborso spese di riproduzione;
- Euro per diritti di segreteria;

Totale euro

Le somme dovute devono essere versate sul c/c postale n., intestato a
causale: accesso atti amministrativi

Il Dirigente del Servizio

ALLEGATO 4 - fac simile

Prot. n.

data

Raccomandata A/R

Alla c.a. sig/sig.ra

p.c. Sig/sig.ra

**Oggetto: RICHIESTA FORMALE DI ACCESSO AGLI ATTI AMMINISTRATIVI
NOTIFICA AI CONTROINTERESSATI**

Il /la sig./Sig.ra, che legge per conoscenza, in data ha presentato richiesta di accesso agli atti (allegato).

Dall'esame degli atti richiesti, Lei risulta controinteressata, pertanto, qualora lo ritenesse opportuno, ha il diritto di presentare motivata opposizione scritta, entro 10 giorni dal ricevimento della presente.

Questo servizio è a disposizione per eventuali chiarimenti ai seguenti recapiti:

Servizio

Via

Email tel

Il Dirigente del Servizio

ALLEGATO 5- fac simile

Al Direttore Sanitario

Oggetto: **RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

RICHIEDENTE:

Cognome Nome _____ nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____ Tel _____

**L'Azienda contatterà esclusivamente i recapiti telefonici, indipendentemente da chi li utilizza (titolare della documentazione o terzi), per fornire eventuali informazioni sullo stato di lavorazione riguardante la documentazione sanitaria.*

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :

☐ **CARTELLA CLINICA**

☐ **ESAMI RADIODIAGNOSTICI**

☐ **Altro** _____

☐ **relativa al proprio ricovero c/o** _____

Periodo _____

☐ **relativa al ricovero del/la Sig./a** _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

c/o _____

Periodo _____

DICHIARA, ai sensi degli artt. 46 - 47 DPR 445/00, DI ESSERE

(da compilare solo se la cartella clinica si riferisce a persona diversa dal richiedente)

☐ esercente la potestà genitoriale dell'intestatario della cartella clinica;

☐ tutore del minore intestatario della cartella clinica;

☐ tutore dell'interdetto/a intestatario della cartella clinica;

☐ amministratore di sostegno dell'intestatario della cartella clinica;

☐ erede dell'intestatario della cartella clinica;

☐ coniuge e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;

☐ figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;

☐ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della cartella clinica è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute.

☐ **CHIEDE**, altresì di ricevere la documentazione mediante il servizio postale al seguente indirizzo:

****Il/La sottoscritto/a dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna della Posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)**

☐ **Si impegna** al ritiro della cartella.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente ricevuta del pagamento effettuato presso le casse o tramite c/c postale n. xxxxxx (indicando quale causale "Fotocopie L. 241/90") del costo di riproduzione della cartella clinica pari ad € xx,00 o nel caso di richiesta urgente € yy,00, oltre € zz,00 per le richieste di accesso relative a cartelle redatte oltre 10 anni prima dalla formulazione della presente istanza.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

AVVERTENZE

1. Allegare fotocopia del documento d'identità se la richiesta viene inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente.
2. Se la richiesta o il ritiro viene fatto da una **persona delegata**, la stessa deve avere delega scritta e fotocopia del documento di identità dell'intestatario della cartella clinica.

Da compilare a cura dell'Ufficio

Documento di identificazione _____

Identificato dall'Operatore _____

Eventuali Controinteressati identificati :

Data notifica ai Controinteressati :

Visto si autorizza il rilascio. Il Direttore Sanitario _____

ALLEGATO 6 - fac simile

Al Direttore Sanitario

Oggetto: DELEGA per il ritiro di Documentazione Sanitaria

DATA _____

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il

_____ a _____ residente a _____

indirizzo _____

con la presente

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a il

_____ a _____ residente a _____

indirizzo _____

al ritiro DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :

☐ **CARTELLA CLINICA**

☐ **ESAMI RADIODIAGNOSTICI**

☐ **Altro** _____

Richiesta il _____

Firma _____

AVVERTENZE

Il delegato deve esibire un proprio documento di identità. Allegare fotocopia del documento di identità del delegante. I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per il procedimento per il quale la delega viene fornita (art. 13 D.Lgs 196/2003).

La delega è vietata in casi specifici per i quali la tutela del segreto professionale ed i motivi di riservatezza della diagnosi richiedono una tutela particolare. In tal caso è prevista la consegna della cartella clinica solo al diretto interessato.

ALLEGATO 7 - fac simile

Al Direttore Sanitario

Oggetto: **RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA da parte di Terzi**

RICHIEDENTE:

Cognome Nome _____ nato/a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____ Tel _____

**L'IRCCS contatterà esclusivamente i recapiti telefonici, indipendentemente da chi li utilizza (titolare della documentazione o terzi), per fornire eventuali informazioni sullo stato di lavorazione riguardante la documentazione sanitaria.*

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE :

☐ **CARTELLA CLINICA**

☐ **ESAMI RADIODIAGNOSTICI**

☐ **Altro** _____

DEL SOGGETTO DI SEGUITO GENERALIZZATO, ai sensi dell'art. 92 D.Lgs 196/2003, che prescrive: "Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta di un terzo è **giustificata dalla documentata necessità** di a) far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, comma 4, lettera c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;
b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale inviolabile."

INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome Nome _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____ in via _____

relativa al ricovero c/o _____
Periodo _____

per i seguenti motivi

☐ **Si impegna al ritiro della cartella.**

ALLEGA alla presente ricevuta del pagamento effettuato presso le casse o tramite c/c postale n. xxxxxx (indicando quale causale "Fotocopie L. 241/90") del costo di riproduzione della cartella clinica pari ad € xx,00 o nel caso di richiesta urgente € yy,00, oltre € zz,00 per le richieste di accesso relative a cartelle redatte oltre 10 anni prima dalla formulazione della presente istanza.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente la seguente documentazione atta a comprovare il proprio interesse ad ottenere copia della documentazione sanitaria :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

AVVERTENZE

1. Allegare fotocopia del documento d'identità se la richiesta viene inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente.
2. Se la richiesta o il ritiro viene fatto da una **persona delegata**, la stessa deve avere delega scritta e fotocopia del documento di identità del delegante.

Da compilare a cura dell'Ufficio

Doc. di identificazione _____

Identificato dall'operatore _____

Eventuali Controinteressati identificati :

Data notifica ai Controinteressati :

Visto si autorizza il rilascio. Il Direttore Sanitario _____

ALLEGATO 8 - fac simile

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO (generalizzato)
PER DATI, DOCUMENTI ED INFORMAZIONI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA**

All'Ufficio/U.O. _____

OGGETTO: **Richiesta di accesso CIVICO ai documenti/dati/informazioni amministrativi (ai sensi dell'art. 5, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013)**

Il/la _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ residente in _____
_____ Prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____
_____ tel. _____ fax _____ cod. fisc. _____
e-mail/pec _____
indirizzo _____ al _____ quale _____ inviare _____ eventuali _____ comunicazioni _____

nella propria qualità di soggetto interessato,

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2 e ss. del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, di:

- prendere visione;
- ottenere copia semplice in formato _____ (specificare: elettronico con invio tramite posta elettronica, cartaceo, su supporto cd);
- ottenere copia autentica (istanza e copie sono soggette all'assolvimento delle disposizioni in materia di bollo);
- relativamente ai seguenti documenti (dati o informazioni):

(indicare i documenti/dati/informazioni o gli estremi che ne consentono l'individuazione).

A tal fine dichiara di essere a conoscenza che:

- come stabilito dall'art. 5, comma 5 del D.Lgs. 33/2013, modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, qualora l'amministrazione alla quale è indirizzata la presente richiesta dovesse individuare dei controinteressati ex art. 5-bis, comma 2 del medesimo D.Lgs., è tenuta a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della presente istanza;
- qualora venga effettuata la sopra citata comunicazione, il termine di conclusione del presente procedimento di accesso è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati, e comunque non oltre 10 giorni;
- a norma dell'art. 5, comma 4 del D.Lgs. n. 33/2013, il rilascio di dati in formato elettronico è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Si allega copia del documento di identità.

Informativa Privacy

Ai sensi dell'articolo 13 del dlgs 196/2003, Si informa che il trattamento dei dati conferiti con la richiesta di accesso civico sono finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del dlgs 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per questa Amministrazione.

ALLEGATO 9 - fac simile

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO (semplice)
PER DATI, DOCUMENTI ED INFORMAZIONI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA**

*Alla C.a. : Responsabile per la prevenzione della
corruzione e della Trasparenza*

OGGETTO: Richiesta di accesso CIVICO ai documenti/dati/informazioni (ai sensi dell'art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ residente in
_____ Prov. _____ CAP _____ via _____ n.
_____ tel. _____ fax _____ cod. fisc. _____
e-mail/pec _____

CONSIDERATA l'omessa/parziale pubblicazione del seguente documento / informazione / dato :

che in base alla vigente normativa non risulta pubblicato su
<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/amministrazione-trasparente>

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 5 del d.lgs n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i., la pubblicazione di quanto richiesto e la comunicazione alla/al medesima/o dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale al dato/informazione oggetto dell'istanza.

Indirizzo per le comunicazioni: _____

Si allega copia del documento di identità.

Informativa Privacy

Ai sensi dell'articolo 13 del dlgs 196/2003, Si informa che il trattamento dei dati conferiti con la richiesta di accesso civico sono finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del dlgs 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per questa Amministrazione.

ALLEGATO 10 - fac simile

ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO (semplice)
PER DATI, DOCUMENTI ED INFORMAZIONI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA
RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO AL TITOLARE DEL POTERE SOSTITUTIVO

*Alla C.a. : al TITOLARE DEL POTERE
SOSTITUTIVO*

OGGETTO: Richiesta di accesso CIVICO ai documenti/dati/informazioni (ai sensi dell'art. 5, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ residente in
_____ Prov. _____ CAP _____ via _____ n.
_____ tel. _____ fax _____ cod. fisc. _____
e-mail/pec _____

Tenuto conto che ad oggi quanto richiesto risulta ancora NON pubblicato sul seguente sito :
<https://www.sanita.puglia.it/web/irccs/amministrazione-trasparente>

CHIEDE

alla S.V. in qualità di titolare del potere sostitutivo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5 del d.lgs n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i., la pubblicazione di quanto richiesto e la comunicazione alla/al medesima/o dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale al dato/informazione oggetto dell'istanza.

Indirizzo per le comunicazioni: _____

Si allega copia del documento di identità.

Informativa Privacy

Ai sensi dell'articolo 13 del dlgs 196/2003, Si informa che il trattamento dei dati conferiti con la richiesta di accesso civico sono finalizzati allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del dlgs 196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per questa Amministrazione.

ALLEGATO 11 - fac simile

COMUNICAZIONE AI SOGGETTI CONTROINTERESSATI PER ACCESSO CIVICO

da trasmettere con Raccomandata A.R., o per via telematica a coloro che abbiano consentito

U.O.
Tel. Fax
e.mail.
Prot. n. del.

Ai Controinteressati
E p.c. Al richiedente

Oggetto: Richiesta di accesso generalizzato: notifica ai controinteressati istanza di accesso prot. n. del.

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 5, comma 5 del D.Lgs 33/2013, con la presente si comunica che:

il Sig.
in qualità di
in data ha presentato richiesta di accesso ai seguenti documenti in possesso dell'Istituto Tumori di Bari Giovanni Paolo II

all'esito dell' esame della suelencata documentazione e di quella ad essa connessa la S.V. è stata individuata quale controinteressato ai sensi degli artt. 5, comma 5, e 5 bis, comma 2, del D. Lgs 33/2013;

pertanto è riconosciuta alla S. V. la facoltà di presentare per iscritto MOTIVATA OPPOSIZIONE ALL'ACCESSO di cui sopra, entro IL TERMINE PERENTORIO DI GIORNI 10 dal ricevimento della presente, avendo cura di inoltrarla al Responsabile del procedimento sotto indicato; eventuali osservazioni e/o memorie saranno valutate nella fase istruttoria del procedimento di accesso ma non sono vincolanti per l'Azienda;

L' eventuale decisione di accoglimento dell' istanza di accesso sarà comunicata alla S.V. solo nel caso in cui sia formalizzata l'opposizione all'accesso;

In allegato si invia copia della richiesta di accesso a prot. n. del.

La Struttura/U.O. competente è:
Il Responsabile del procedimento è
(tel. fax e-mail.)
Data Responsabile del Procedimento

ALLEGATO 12 - fac simile

Alla C.a. : Responsabile per la prevenzione della corruzione

I.R.C.C.S. Istituto Tumori Giovanni Paolo II

RICHIESTA DI RIESAME PER ACCESSO CIVICO

(art. 5, c. 7, d.lgs. 33/2013 e s.m.i.)

Il sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

nato/a il a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ CAP _____ via _____

n. _____

telefono (fisso o mobile) _____

e-mail (facoltativa) _____

considerato

- ☐ il diniego totale o parziale dell' accesso
- ☐ il differimento dell' accesso
- ☐ la mancata risposta entro il termine di 30 giorni dalla presentazione dell' istanza:

Chiede

Il riesame dell' allegata istanza di accesso presentata in data

Indirizzo per le comunicazioni: _____

(Si allega copia del proprio documento d' identità e dell' istanza di accesso)

Luogo e Data _____

Firma leggibile del richiedente _____

Informativa Privacy

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs 196/2003, Si informa che il trattamento dei dati conferiti con la presente richiesta saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza di accesso formulata e per le finalità strettamente ad essa connesse; il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e/o manuali; il conferimento dei dati è obbligatorio per la corretta gestione dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del dlgs196/2003 (modifica, aggiornamento, cancellazione dei dati ecc.) avendo come riferimento il Responsabile del trattamento degli stessi per questa Amministrazione.