

REGIONE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale Potenza  
Costituita con DP GR n. 299 del 30.12.08  
CF: 01722360763  
Sede Legale: Via Torraca, 2 - 85100 POTENZA

**Al Responsabile dell'UO** \_\_\_\_\_

**Diritto all'Informazione:** Richiesta di Accesso alle Determinazioni Dirigenziali da parte delle Organizzazioni Sindacali. (art. 9 del [D Lgs n 165 del 30 marzo 2001](#) e ss mm e ii - L [241/90](#) e ss mm e ii - [DPR 184/06](#)- artt 16 e 17 del [Regolamento Aziendale](#) adottato con Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ )

Organizzazione Sindacale \_\_\_\_\_

Con la presente, il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
dichiara, ai sensi degli art. 46 e 47 del [DPR 445/2000](#), di essere rappresentante del Sindacato sopra indicato e, per conto di detta organizzazione sindacale,

**CHIEDE**

ai sensi della normativa succitata, di poter accedere alle seguenti determinazioni:

determinazione dirigenziale n. _____	del _____	/	/	/	/
determinazione dirigenziale n. _____	del _____	/	/	/	/
determinazione dirigenziale n. _____	del _____	/	/	/	/

**MEDIANTE**

- Visione
- Estrazione di copia semplice
- Estrazione di copia in bollo

adducendo le seguenti motivazioni:

Data della Richiesta \_\_\_\_\_

FIRMA del Richiedente \_\_\_\_\_

Documenti consegnati il _____	/	/	/	/	Per Ricevuta	FIRMA PER RICEVUTA
Documenti spediti il _____	/	/	/	/	Per Ricevuta	Nome dell'Operatore

Esito dell'istanza:  accoglimento  diniego  limitazione  differimento

motivazione: per l'ipotesi di diniego, limitazione o differimento, occorre specificare i caratteri del rifiuto, della limitazione o della durata del differimento.

Estremi dell'eventuale diniego: \_\_\_\_\_

**Conclusioni del procedimento**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Responsabile del Procedimento \_\_\_\_\_