

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

Riservato all'ASP

Struttura presso cui si esercita l'accesso:

UO: _____

Indirizzo: _____

Oggetto: Domanda di accesso

Prot. N. _____

Del _____ / _____ / _____

Al Rappresentante Legale dell'ASP
e-mail: _____ *telefax:* _____

RICHIESTA DI ACCESSO INFORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

(L 241/90 e ss. mm. e ii.- DPR 184/06- regolamento aziendale adottato con delibera n. _____ del _____)

Richiedente:

Nome		Cognome	
-------------	--	----------------	--

NATO		/		/		a		PROV	()
-------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------	---	--	---

CF											
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in	
---------------------	--

Indirizzo presso cui inviare eventuali comunicazioni	
---	--

Telefono	Telefax	E-mail

Titolo di Rappresentanza del Richiedente:

- diretto interessato
- legale rappresentante _____ (a)
- procura rilasciata da _____ (b)

(a) allegare la documentazione
 (b) allegare documentazione accompagnata da copia del documento di identità di chi la rilascia

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Interesse personale e concreto, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento di cui si fa richiesta:

Documentazione Richiesta:

Deliberazione n.		del		/		/	
Determinazione n.		del		/		/	
Comunicazione n.		del		/		/	
Altro Documento richiesto							

Mediante:

- PRESA VISIONE**
- ESTRAZIONE DI COPIA in carta semplice**

Identificazione del richiedente:

Documento di Identificazione		N°	
Rilasciato da		il	

Il richiedente dichiara di non essere a conoscenza dell'esistenza di controinteressati.

Il responsabile dell'accesso accerta di non essere a conoscenza dell'esistenza di controinteressati.

E' possibile accogliere la richiesta di accesso in modo informale.



FOTOCOPIE RICHIESTE

<input type="checkbox"/> A 3	N.	
<input type="checkbox"/> A 4	N.	
<input type="checkbox"/> altro formato	N.	

costo foglio A 4	€ 0,25
costo foglio A 3	€ 0,50
costo altro formato: come A 3	€ 0,50

Numero complessivo fotocopie richieste	A4		A3/ altro		Totale	
	costo complessivo €					

Spedizione Documenti

Costo di Spedizione	€
------------------------	---

Modalità di effettuazione del rimborso dei costi

<input type="checkbox"/>	Pagamento contrassegno postale:
<input type="checkbox"/>	Versamento tramite c/c bancario n.:

Documenti consegnati il		/		/	
-------------------------	--	---	--	---	--

Documenti spediti il		/		/		Nota trasmissione	
----------------------	--	---	--	---	--	-------------------	--

Conclusione della procedura di accesso informale

Il richiedente attestando la veridicità di tutto quanto riportato nel presente modello conferma, con la firma in calce, di non essere a conoscenza dell'esistenza di controinteressati e dichiara di:

	Aver preso visione della documentazione richiesta						
	Aver ricevuto copia della documentazione richiesta						
data		/		/		Il richiedente	FIRMA

Con la firma apposta in calce alla presente richiesta di accesso ai documenti amministrativi il sottoscritto autorizza, a norma del [D Lgs 196/03](#) "Codice in materia di protezione dei dati personali" l'Amministrazione di questa Azienda ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico o cartaceo, nonché a rendere note le loro elaborazioni ed in generale tutti i risultati dei trattamenti dei dati stessi in una forma che non consenta l'identificazione personale.

Il richiedente					FIRMA		
data		/		/		Il Responsabile del procedimento	FIRMA

