

AZIENDA USLUMBRIA 1
Azienda Sanitaria della Regione Umbria

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Oggetto: Richiesta di accesso ai documenti amministrativi

(L. 241 del 7 luglio 1990 e successive modifiche ed integrazioni; D.P.R. 184 del 12 aprile 2006)

Il sottoscritto _____
nato a _____ Prov _____ il ___/___/_____
residente in _____ Prov. _____ via _____
tel. _____ mail: _____ @ _____
documento d'identità n. _____ rilasciato il _____
da _____

nella sua qualità di (specificare i poteri rappresentativi)

- diretto interessato
- legale rappresentante [se legale rappresentante compilare a) o b)]

a) (di persona fisica) _____ nato a
_____ Prov _____ il ___/___/_____
residente in _____ Prov. _____ via _____
tel. _____ mail: _____ @ _____
(*si allega delega e copia del documento d'identità del delegante*)

b) di persona giuridica, soc.di fatto, ecc) _____
con sede in _____ tel. _____ fax _____
indirizzo _____
(*si allega delega*)

Generalità dell'eventuale accompagnatore ed estremi del documento di
identificazione _____

CHIEDE

- di avere in visione i sotto elencati documenti amministrativi:

- di prendere in esame, con rilascio di copia conforme all'originale i sotto indicati documenti amministrativi:

_____ N° copie _____

- di prendere in esame, con rilascio di copia semplice i sotto indicati documenti amministrativi:

_____ N° copie _____

per i seguenti motivi (specificare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta):

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003: il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e/o informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA _____

Firma del richiedente

Spazio riservato all'Ufficio

Costi di riproduzione, euro _____

Visto, si accoglie

Visto, si accoglie con differimento/limitazione per i seguenti motivi

Visto, non si accoglie per i seguenti motivi

Sigla del responsabile del procedimento _____

Firma del titolare della struttura _____

Data _____