

C.F.-P.IVA 04733491007

RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI (Legge n. 241/1990 e s.m.i.)

ASL ROMA 3
Via di Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ codice fiscale _____

residente in _____ Via _____

telefono _____ Fax _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

Documento di riconoscimento _____

in qualità di:

diretto interessato

legale rappresentante di: _____ (allegare documentazione)

tutore, curatore o simili di: _____
(allegare documentazione e documento d'identità di chi rilascia la procura)

CHIEDE DI

PRENDERE VISIONE

OTTENERE N. _____ COPIE IN CARTA LIBERA

OTTENERE N. _____ COPIE AUTENTICATA CONFORME (allegare marca da bollo se dovuta)

dei seguenti documenti amministrativi (indicare i dati significativi):

Mediante consegna nella seguente modalità:

diretta al sottoscritto

al seguente soggetto appositamente delegato _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 22, comma I, della legge n. 241/1990, che la presente richiesta viene inoltrata per curare il seguente interesse diretto, concreto e attuale:

corrispondente alla seguente situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso:

DICHIARA

di impegnarsi a corrispondere il rimborso del costo di riproduzione, i diritti di ricerca e visura nella misura stabilita in base al tariffario aziendale.

A supporto della richiesta, si allegano i seguenti documenti identificativi (esempio: carta di identità, procura):

- nell'interesse proprio
- per conto del/della Sig/ra _____

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni false o di uso di documenti falsi, saranno applicate le sanzioni di legge. Si presta consenso al trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003).

Data, _____

Firma del richiedente

Spazio riservato all'ufficio

Data ricevimento istanza: _____

Timbro e firma del responsabile

La richiesta di accesso è stata: ACCOLTA RESPINTA DIFFERITA

Motivazione (se respinta/differita) _____

eventuale presenza di controinteressati

In caso di diniego/differimento, il richiedente potrà, entro 30 gg., presentare ricorso al T.A.R. secondo le norme del codice del processo amministrativo.

Ufficio/data/orario per ritiro/visione documenti _____

Costo € _____

L'accesso potrà avvenire entro 30 gg. dalla data di accoglimento.

Data _____

Timbro e firma del responsabile

Verificato il pagamento, i documenti sono stati consegnati/visionati in data _____

Firma richiedente

Timbro e firma del responsabile