

C.F.-P.IVA 04733491007

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (D. Lgs n. 97/2016)

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 _____

CHIEDE DI

- PRENDERE VISIONE**
- OTTENERE N. _____ COPIE IN CARTA LIBERA**
- OTTENERE N. _____ COPIE AUTENTICATA CONFORME** (allegare marca da bollo se dovuta)

dei seguenti documenti (indicare i dati significativi):

Mediante consegna nella seguente modalità:

- diretta al sottoscritto**
- al seguente soggetto appositamente delegato** _____

DICHIARA

di impegnarsi a corrispondere il rimborso del costo di riproduzione, i diritti di ricerca e visura nella misura stabilita in base al tariffario approvato con deliberazione di codesta Azienda.

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 civico generalizzato è stata: ACCOLTA RESPINTA DIFFERITA

Motivazione (se respinta/differita) _____

eventuale presenza di controinteressati

In caso di diniego/differimento, il richiedente potrà presentare richiesta di riesame al Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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