****

Modulo C2

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

**Spett.le ASL AVELLINO**

**Via degli Imbimbo 10/12**

**83100 Avellino (AV)**

**U.O.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**c.a. Responsabile del procedimento**

**ISTANZA SCRITTA DI ACCESSO INFORMALE A DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA**

Il/Lasottoscritto/a…………………………………………………nato/a..…………………….il……………………….e residente in………...……………..……………………alla via…………………………………………n……….….tel………………….….………..… con documento di riconoscimento………………….……………… n……………………… rilasciato da………………………..……….. il………………………

in qualità di:

􀂉 Diretto interessato *(allegare proprio documento di riconoscimento)*

􀂉 Legale rappresentante/delegato *(allegare proprio documento di riconoscimento, titolo idoneo ad attestare detta qualità e copia del documento di riconoscimento del rappresentato)*

**CHIEDE**

􀂉 Di prendere visione

􀂉 Di prendere visione e/o trascrivere in tutto o in parte

􀂉 Di estrarre copia semplice

􀂉 Di estrarre copia conforme all’originale

Dei seguenti documenti amministrativi

* …………………………………………………………..……………..…………
* ………………………………………………………………………..……………
* …………………………………………………………………..…………………
* ………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………

Per i seguenti motivi *(indicare l’interesse diretto concreto ed attuale per il quale si intende esercitare il diritto di accesso)*

* …………………………………………………………..……………..……………
* ………………………………………………………………………..……………
* …………………………………………………………………..…………………
* ………………………………………………………………………………………

Allega alla presente richiesta la seguente documentazione diretta a comprovare il proprio interesse ad esercitare il diritto di accesso ed a far constatare l’esistenza dei propri poteri rappresentativi:

* …………………………………………………………..……………..……………
* ………………………………………………………………………..……………
* …………………………………………………………………..…………………
* ………………………………………………………………………………………

**DICHIARA**

􀂉 Di aver preso visione

􀂉 Di aver preso visione e/o trascritto in tutto o in parte

􀂉 Di aver estratto copia semplice

􀂉 Di aver estratto copia conforme all’originale

􀂉 Di non aver potuto prendere visione, trascrivere, estrarre copia della documentazione richiesta per le seguenti ragioni:

* …………………………………………………………..……………..……………
* ………………………………………………………………………..……………
* …………………………………………………………………..…………………
* ……………………………………………………………………………………

e pertanto di essere stato invitato a presentare istanza formale di accesso.

**Il/La sottoscritto/a, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità e sanzioni previste in caso di dichiarazioni false o mendaci o di uso di atti falsi, dichiara e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.**

Data……………………………… Firma…………….………………………

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.L.gs n. 196/2003**

Ai sensi e per gi affetti dell’art 13 del D.L.gs n. 196/2003, si informa la S.V. che:

* i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per l’istruttoria dell’istanza di accesso formulata e per le finalità strettamente ad essa connesse;
* il trattamento dei dati verrà effettuato anche mediante l’utilizzo degli strumenti elettronici a disposizione dell’Azienda;
* i dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l’espletamento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, in base a quanto disposto dalla L. n. 241/90 e ss.mm.ii., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetto terzi che dall’esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l’Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;
* il conferimento dei dati è obbligatorio. Nel caso di mancato conferimento dei dati, l’istanza di accesso si intenderà abbandonata e non sarà dato corso al procedimento di accesso;
* il titolare del trattamento è l’ASL Avellino con sede in Via Degli Imbimbo 10/12 83100 Avellino;
* il Responsabile del trattamento è il Direttore della Struttura/U.O. competente a formare o detenere il documento
* la S.V. può in ogni momento esercire i diritti di accesso rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione dei dati così come previsto dall’art. 7 del D.L.gs n. 196/2003, rivolgendosi alla Struttura/U.O. competente a formare o detenere la relativa documentazione.

Per presa visione.

Data…………………………… Firma…………….……………………………………