

Modulo C3

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

**U.O. …………………………………….**

Tel. …………… Fax …………….

e.mail……………………………..

Prot. n. ……….. del……………

 Al richiedente

 ……………………………

Oggetto: **Accoglimento dell’istanza di accesso** prot. n………….….del ………..………..

Con la presente si comunica L'ACCOGLIMENTO della richiesta di accesso presentata dalla S.V. in data………………… prot. n. ……………………

La S.V. potrà prendere visione/ estrarre copia della documentazione come richiesto **entro il…………………..***(indicare un termine non inferiore a 15 giorni)*presso la Struttura/ U.O competente ……………………………………………con sede in……………………… alla Via …………………………………. dalle ore…………..alle ore………..…previo appuntamento telefonico al seguente n………………………..

La S.V. è tenuta a comprovare l'avvenuto versamento dei costi di riproduzione per €……………….. mediante esibizione della relativa ricevuta di pagamento degli stessi.

Il pagamento dovrà essere effettuato mediante versamento su CCP n. 13435869 intestato all'ASL Avellino -Proventi Diversi - Servizio Tesoreria, indicando come causale *“rimborso spese per istanza di accesso”.*

La Struttura/U.O. competente è………………………………………..………….

IL Responsabile del procedimento è………………………...……………….…….

Si rimane a disposizione per ogni eventuale informazione.

(tel……………...….….…fax…………………….e-mail………………………….……….)

Data Il Responsabile del Procedimento