

Modulo C5

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

**U.O. …………………………………….**

Tel. …………… Fax …………….

e.mail……………………………..

Prot. n. ……….. del……………

Al richiedente

……………………………

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

In relazione alla richiesta di accesso presentata all’ASL AV in data ……………..prot n..………si comunica che la stessa risulta essere IRREGOLARE E/O INCOMPLETA per i seguenti motivi:

………………………………………………………………………..………………..

…………………………………………………………………..……………………..

…………………………………………………………………..…………………….

Pertanto, si invita, la S.V. a regolarizzare e/o completare la richiesta di accesso **entro il……………………***(indicare un termine non inferiore a 15 giorni)* dal ricevimento della presente. Qualora la S.V. non provveda all’integrazione dell’istanza entro il termine sopra specificato, l’istanza si intenderà abbandonata e non avrà alcun seguito.

Si informa che, ai sensi del DPR 184/2006, il termine di 30 giorni per la conclusione del procedimento di accesso alla documentazione amministrativa rimane interrotto e ricomincia a decorrere dal giorno del ricevimento dell’integrazione dell’istanza come sopra specificato.

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