

Modulo C7

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

**U.O. …………………………………….**

Tel. …………… Fax …………….

e.mail……………………………..

Prot. n. ……….. del……………

Al richiedente

……….…………………...

Oggetto: **Differimento dell’accesso** relativamente all’istanza prot. n………..…del ……….

Con riferimento alla richiesta di accesso ai documenti amministrativi avanzata dalla S.V. in data ……………...prot. n.………si comunica che la stessa è stata accolta, con DIFFERIMENTO DELL’ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO per i seguenti motivi:

…………………………………………………………..……………..………………

………………………………………………………………………..………………..

…………………………………………………………………..……………………..

**sino al ……./……./……..**

Dopo tale termine la S.V. potrà prendere visione/ ritirare copia della documentazione come richiesto entro il ……………….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”.*

Avverso il presente provvedimento, entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso, la S.V. potrà presentare ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale *(art 116 D.L vo n. 104/2010 e art. 25 co. 4 e 5 L. n. 241/90)* ovvero, entro lo stesso termine, istanza di riesame al Difensore Civico *(art . 25 comma 4 della L. n. 241/90).*

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