

Modulo C8

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

www.aslavellino.it

**U.O. …………………………………….**

Tel. …………… Fax …………….

e.mail……………………………..

Prot. n. ……….. del……………

Al richiedente

……………………………

**Oggetto:** **Comunicazione dei motivi ostativi all’accoglimento dell’istanza di accesso prot. n. ……….….del………** *(c.d. preavviso di provvedimento negativo).*

In relazione all’istanza di accesso presentata all’ASL AV in data ………….……….… prot n. ….…….…si comunicano i seguenti motivi ostativi all’accoglimento della stessa:

…………………………………………………………..……………..………………

………………………………………………………………………..………………..

…………………………………………………………………..……………………..

La S.V., **entro il termine di 10 giorni** dal ricevimento della presente comunicazione, ha diritto di presentare, per iscritto, alla Struttura/U.O. competente.………………………….., le proprie osservazioni, eventualmente corredate da relativa documentazione.

La comunicazione dei motivi ostativi all’accoglimento della suddetta istanza, interrompe il termine di conclusione del procedimento in oggetto.

Detto termine inizierà nuovamente a decorrere dalla data di presentazione delle osservazioni, o in mancanza dalla scadenza del termine di 10 giorni entro cui le stesse avrebbero potuto essere presentate.

Dell’eventuale mancato accoglimento di tali osservazioni sarà data motivazione nel provvedimento finale.

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