

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI (LEGGE 7 AGOSTO 1990 N 241 – DPR 27 GIUGNO 1992 N 352 E S.M.I.)

AL DIRETTORE
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
VIA CARDUCCI 35, ORISTANO

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____
 COD. FISC. _____
 NATO IN _____ PROV. _____ IL _____
 RESIDENTE IN _____ INDIRIZZO _____
 TEL. _____ DOCUMENTO RICONOSCIMENTO _____
 RILASCIATO DA _____ IL _____

CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI FALSE, LA FALSITÀ NEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI COMPORTANO L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL DPR 445/2000 E LA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI

NELLA SUA QUALITÀ DI (barrare la casella che interessa)

- DIRETTO INTERESSATO
 LEGALE RAPPRESENTANTE (*allegare idonea certificazione*)
 DI (PERSONA FISICA)

COGNOME _____ NOME _____
 COD. FISC. _____
 NATO IN _____ PROV. _____ IL _____
 RESIDENTE IN _____ INDIRIZZO _____ TEL. _____
 DI (PERSONA GIURIDICA, SOC. DI FATTO ECC.)

Cod. Fisc. o P. IVA _____
 SEDE IN _____ INDIRIZZO _____ TEL. _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALL'ESERCIZIO DI DIRITTO DI ACCESSO AI SOTTOLENCATI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

AVVERTENZE IMPORTANTI

- 1) DESCRIVERE GLI ATTI DI CUI SI INTENDE CHIEDERE L'ACCESSO, INDICANDO GLI ESTREMI DEL DOCUMENTO, OVVERO GLI ELEMENTI CHE NE CONSENTANO L'ESATTA INDIVIDUAZIONE**
- 2) INDICARE PER OGNI DOCUMENTO IL TIPO DI ACCESSO (PRESA VISIONE; RILASCIO DI COPIA SEMPLICE; RILASCIO DI COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE) E IL N° DELLE COPIE**
- 3) LA PRESA VISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE È GRATUITA, IL RILASCIO DI COPIE È SOGGETTO AL RIMBORSO DEI COSTI DI RIPRODUZIONE, RICERCA E VISURA STABILITI DALL'ASL DI ORISTANO**

DESCRIVERE DOCUMENTO/I, TIPO DI ACCESSO E N° COPIE (ES. AUTORIZZAZIONE SANITARIA N°DEL.../ RILASCIO N°.... COPIA SEMPLICE)

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DI ACCESSO

AVVERTENZE IMPORTANTI
1) L'ACCESSO È CONSENTITO SOLTANTO A COLORO AI QUALI GLI ATTI DIRETTAMENTE O INDIRECTAMENTE SI RIVOLGONO, E CHE SE NE POSSONO EVENTUALMENTE AVVALERE PER LA TUTELA DI UNA POSIZIONE SOGGETTIVA GIURIDICAMENTE RILEVANTE

INDICARE LE MOTIVAZIONI

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ E DEGLI EVENTUALI POTERI DI DELEGA O RAPPRESENTANZA

LUOGO E DATA _____

IL RICHIEDENTE (FIRMA LEGGIBILE)

INFORMATIVA PRIVACY
 Ai SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs 196/2003, DESIDERIAMO INFORMARLA CHE I SUOI DATI SARANNO TRATTATI AL FINE DI DARE ESECUZIONE ALLA SUA RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI. IL TRATTAMENTO AVVERRÀ IN MODO MANUALE E INFOMATIZZATO. IL CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI È FACOLTATIVO E IL MANCATO CONFERIMENTO NON CONSENTIRÀ L'ESECUZIONE DELLA RICHIESTA PRESENTATA. I DATI VERRANNO A CONOSCENZA DEI DIPENDENTI DELL'ENTE INCARICATI O RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DEI DATI E POTRANNO ESSERE OGGETTO DI COMUNICAZIONE AD ALTRI ENTI PUBBLICI COMPETENTI. IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO È L'ASL DI ORISTANO, CON SEDE A ORISTANO IN Via CARDUCCI 35; I RESPONSABILI SONO I DIRIGENTI DEI SERVIZI, OGNUNO PER I TRATTAMENTI SVOLTI NELL'AMBITO DEI SERVIZI DIRETTI. AL TITOLARE O AI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO LEI POTRÀ RIVOLGERSI PER FAR VALERE I DIRITTI PREVISTI DALL'ART. 7 DEL D.Lgs 196/2003.

Io SOTTOSCRITTO DICHIARO:

DI AVER PRESO VISIONE DEI DOCUMENTI RICHIESTI;

DI AVER RICEVUTO COPIA DEI DOCUMENTI RICHIESTI;

DATA FIRMA