



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)
Tel. +39 011.9176666
Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)
Tel. +39 0125.4141
www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

ALLEGATO E)

Prot. n. del

DOMANDA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

(L. 241/1990 e s.i.m.)

AI DIRETTORE/RESPONSABILE della Struttura/Ufficio

dell'ASL TO4

RICHIEDENTE

Il/La _____ sottoscritto/a _____ ¹

(cognome e nome)

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

documento di identificazione _____

in qualità di:

Diretto interessato

Legale rappresentante di ente/ditta/società, come da documentazione che si produce ²

Rappresentante in forza di delega rilasciata da ³ _____

in data _____

¹ Allegare fotocopia documento di identità se inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente.

² allegare originale o copia autentica che attesta il potere rappresentativo ovvero dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000.

CHIEDE ⁴

- ◇ **di prendere visione** personalmente accompagnato da

- ◇ **il rilascio di copia semplice:**
 che ritirerà personalmente, presso l'ufficio che gli verrà indicato
 su supporto cartaceo su supporto informatico
 da spedire al seguente indirizzo

-
- ◇ **il rilascio di copia autentica:**
 che ritirerà personalmente, presso l'ufficio che gli verrà indicato
 su supporto cartaceo su supporto informatico
 da spedire al seguente indirizzo

dei seguenti documenti amministrativi:

per i seguenti motivi: *(specificare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta)*

ALLEGA alla presente richiesta la seguente documentazione, comprovante il proprio interesse ad esercitare il diritto d'accesso e l'esistenza dei propri poteri rappresentativi:

1)

2)

Il sottoscritto conferma la veridicità di quanto sopra. Dichiara inoltre di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento dall'ASL TO4 e che potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 presentando istanza all'ASL TO4 stessa.

Luogo e data _____

Firma

³ allegare delega dell'interessato con copia documento di identità (art. 35 D.P.R. 445/2000).

⁴ **AVVERTENZE:** il rilascio di copie dei documenti è subordinato al rimborso dei costi di ricerca, visura e di riproduzione secondo le tariffe stabilite e periodicamente aggiornate con determinazione del Direttore Generale dell'Azienda, nonché del costo del supporto informatico. Il rimborso non è dovuto per il rilascio di copie ad un'altra pubblica amministrazione; inoltre, nel caso di richiesta di copia autentica, è necessario allegare le marche da bollo per assolvere l'imposta secondo la legislazione vigente.

**Da compilare a cura
dell'ufficio**

- ◇ La presente istanza è stata presentata dal Sig. _____
_____ in data _____

- ◇ La presente istanza è stata presentata dal Sig.
_____ in data _____ unitamente alla delega scritta ed alla
fotocopia del documento di identità del richiedente

- ◇ Indirizzo, anche di posta elettronica certificata, cui inviare eventuali
comunicazioni:

Il Direttore/Responsabile / Funzionario / Dipendente incaricato

ESITO DELL'ISTANZA

- ACCOGLIMENTO
- LIMITAZIONE
- DINIEGO
- DIFFERIMENTO

Nel caso di diniego, limitazione o differimento, allegare copia dell'eventuale provvedimento di diniego e nel caso di differimento la relativa durata.