



MODULO DI RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO AI SENSI DEL D.LGS. 33/2013

A
Sanitaservice AslBat S.r.l.
Via Vittorio Veneto 9/11
76123 - Andria (BT)
email segreteria@sanitaserviceaslb.it
PEC segreteria@pec.sanitaserviceaslb.it

Oggetto:	Richiesta di visione e/o copia di documenti amministrativi, ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni.
-----------------	---

La/il sottoscritta/o																			
Nome		Cognome																	
Comune di nascita	Provincia di nascita e Nazione di nascita	Giorno/mese/anno di nascita																	
Comune di residenza	Provincia di residenza e Nazione di residenza	C.A.P. della residenza																	
Indirizzo di residenza	N. civico																		
Comune di domicilio (se diverso dalla residenza)	Provincia di domicilio e Nazione di domicilio	C.A.P. del domicilio																	
Indirizzo di domicilio	N. civico																		
Tipo di documento di riconoscimento	Numero del documento di riconoscimento	Autorità di rilascio del documento	Data di rilascio del documento																
☐ Carta d'identità																			
☐ Passaporto																			
☐ Patente																			
☐ Altro _____																			
Codice fiscale																			
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
IN QUALITÀ DI																			
☐	Privato cittadino																		
☐	Rappresentante legale dell'impresa _____ con sede nel Comune di _____, provincia _____, Stato _____, Via/Piazza _____, con codice fiscale n. _____ e partita I.V.A. n. _____,																		
☐	altro (ad es. procuratore ad litem – indicare gli estremi di conferimento della procura) _____																		

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e/o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

CHIEDE

☐	La visione
☐	L'estrazione
☐	L'estrazione di copia autentica
☐	La pubblicazione
☐	L'esperimento congiunto delle sopra citate modalità di accesso

dei seguenti documenti:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	

mediante (compilare solo in caso di richiesta di copie):

☐	Consegna al sottoscritto richiedente
☐	Consegna al Sig. _____ autorizzato dal sottoscritto a svolgere ogni attività connessa alla richiesta di accesso ivi compreso il ritiro dei documenti (ex art. 30 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
☐	Trasmissione tramite il servizio postale al seguente indirizzo: _____
☐	Trasmissione tramite fax al n. _____
☐	Trasmissione al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: _____
☐	Semplice pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale con la comunicazione della URL utile alla visione dei documenti

Ai sensi dell'art. 5, comma 4 del D.Lgs. 33/2013 l'esame dei documenti è gratuito. Il rilascio di copia è subordinato soltanto al rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Luogo e data	Firma

La/il sottoscritta/o, dichiara di aver letto e compreso l'informativa della Sanitaservice AslBat S.r.l. ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679

Luogo e data	Firma

La/il sottoscritta/o, dopo aver letto e compreso l'informativa della Sanitaservice AslBat S.r.l. ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, acconsente al trattamento dei seguenti dati personali per finalità di comunicazione urgente

Telefono fisso	Telefono mobile
Fax	Indirizzo email
Luogo e data	Firma