

## **MODULO DI RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI**

Richiesta di visione e/o copia di documenti amministrativi, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 e

Oggetto:

D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

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

successive modifiche ed integrazioni.							
La/il sottoscritta/o							
Nome		Cognome					
Comune di nascita		Provincia di nascita e Nazione di n	ascita Giorno/mese/anno di nascita				
Comune di residenza		Provincia di residenza e Naz residenza	ione di C.A.P. della residenza				
Indirizzo di residenza		N. civico	N. civico				
Comune di domicilio (se diverso dalla resid	denza)	Provincia di domicilio e Naz domicilio	one di C.A.P. del domicilio				
Indirizzo di domicilio		N. civico	N. civico				
Tipo di documento di riconoscimento	Numero del documento di riconoscime	nto Autorità di rilascio del documento	Data di rilascio del documento				
Carta d'identità							
Passaporto							
Patente							
Altro							
Codice fiscale							
IN QUALITÀ DI							
Privato cittadino							
Rappresentante legale dell'impresa con sede nel Comune di provincia, Stato, Via/Piazza, con codice fiscale n e par 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							



CHIEDE					
	La visione				
	L'estrazione				
	L'estrazione di copia autentica				
	L'esperimento congiunto delle sopra citate modalità di accesso				
dei	dei seguenti documenti <sup>1</sup> :				
1)					
2)					
3)					
4)					
per	la seguente motivazione <sup>2</sup>				
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:				
Ai sensi dell'art. 25 della I. n. 241 del 1990 l'esame dei documenti è gratuito. Il rilascio di copia è subordinato soltanto al rimborso del costo di riproduzione, salve le disposizioni vigenti in materia di bollo, nonché i diritti di ricerca e di visura <sup>3</sup> .					
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			

Si prega di indicare gli estremi del documento (es. numero e data; numero di protocollo) e qualsiasi altro elemento che ne consenta l'identificazione

Indicare in modo chiaro e dettagliato l'interesse diretto, concreto ed attuale, che deve essere corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso (art. 22 co.1, lett. B, L. n. 241/1990).

<sup>3</sup> Il rilascio di copie conformi all'originale (copie autentiche) è soggetto all'obbligo di apposizione del bollo di Euro 16,00 ogni quattro facciate



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

,	3	•	3
Telefono fisso			Telefono mobile
Fax			Indirizzo email
Luogo e data			Firma