

CHIEDE

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

dei seguenti documenti¹:

1)	
2)	
3)	
4)	

per la seguente motivazione²

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 l. 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 visura³.

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

¹ Si prega di indicare gli estremi del documento (es. numero e data; numero di protocollo) e qualsiasi altro elemento che ne consenta l'identificazione

² 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).

³ 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

Telefono fisso	Telefono mobile
Fax	Indirizzo email
Luogo e data	Firma