



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

Al Responsabile della Struttura/ Servizio

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico- URP

ASL BARI
Lungomare Starita 6
70123 Bari

ISTANZA DI ACCESSO A DOCUMENTI AMMINISTRATIVI (artt. 22 e ss. L. 241/1990)

Il/La sottoscritto/a.....

nato a il.....

residente in.....via.....n.....

tel.....cell.....

indirizzo e-mail.....

indirizzo PEC.....

in qualità di(3)

consapevole che in caso di dichiarazione mendace o, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D. P.R. 445/2000 CHIEDE di poter accedere mediante:

- visione
per il rilascio di:
a) fotocopia ad uso semplice
b) copia conforme all'originale

al seguente documento:

.....
.....
.....

per i seguenti motivi:

.....
.....
.....

impegnandosi a rimborsare il costo di riproduzione stabilito da codesta Amministrazione (solo nel caso di rilascio di copie).



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

Comunica di voler esercitare l'accesso alla documentazione ovvero ricevere ogni comunicazione relativa alla presente richiesta:

Personalmente, presso gli uffici che avrete cura di indicarmi

Personalmente con l'assistenza di.....

(indicare le generalità dell'accompagnatore e consegnare copia del relativo documento d'identità)

Delegando il/la.....(2)

(indicare le generalità del delegato e consegnare copia del relativo documento d'identità)

con raccomandata A/R, con spese a mio carico,

all'indirizzo.....

mediante comunicazione in forma elettronica prestando a tal fine il relativo consenso al seguente indirizzo: PEC.....

Si allega a tal fine documento di identità in corso di validità (1).

Data Firma del richiedente.....

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679)

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. I dati saranno trattati dall'ASL BARI, in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell'informativa completa pubblicata sul sito dell'ASL BARI (**Informativa sulla privacy**)

Luogo e data _____

Firma

Allegati:

1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità

(Il documento non va trasmesso se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata o con firma elettronica avanzata e se inoltrata dal domicilio digitale (PEC-ID). Il documento di identità deve essere allegato anche in caso di trasmissione dell'istanza a mezzo posta elettronica certificata). (Art. 65 del d.lgs. 82/2005)

2) atto di delega e documento valido di identificazione del delegato, qualora indicato;

3) attestazione della qualità di tutore, legale, ecc.

Parte da compilare a cura dell'ASL BARI

La richiesta è stata presentata in data..... presso.....

Il ricevente
