



RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI
(Legge n. 241/1990 e s.m.i.)

ASL ROMA 2
Via Filippo Meda, 35
00157 Roma

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

Residente in _____ Comune _____

Documento di riconoscimento _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

Email _____ PEC _____

In qualità di:

diretto interessato

legale rappresentante di: _____ (allegare documentazione)

tutore, curatore o simili di: _____ (allegare documentazione e documento d'identità di chi rilascia la procura)

CHIEDE DI

PRENDERE VISIONE

OTTENERE N. _____ COPIE IN CARTA LIBERA

OTTENERE N. _____ COPIE AUTENTICATA CONFORME (allegare marca da bollo se dovuta)

OTTENERE N. _____ COPIE IN FORMA DIGITALE

Dei seguenti documenti amministrativi (indicare i dati identificativi):

Mediante consegna nella seguente modalità:

- Consegna diretta al sottoscritto
- consegna al seguente soggetto appositamente delegato _____
- spedizione a mezzo fax o e-mail ai seguenti riferimenti _____
- spedizione a mezzo raccomandata A.R. al seguente indirizzo _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 22, comma 1, della legge n. 241/1990, che la presente richiesta viene inoltrata per curare il seguente interesse diretto, concreto e attuale:

corrispondente alla seguente situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso:

DICHIARA

di impegnarsi a corrispondere il rimborso del costo di riproduzione, i diritti di ricerca e visura e le eventuali spese di spedizione nella misura stabilita in base al tariffario approvato con deliberazione di codesta Azienda.

-Nell'interesse proprio

-Per conto del/della Sig/ra _____

Si allegano i seguenti documenti identificativi (es. carta di identità, procura) a supporto della richiesta

Il sottoscritto dichiara di essere altresì consapevole che, in caso di dichiarazioni false o di uso di documenti falsi, saranno applicate le sanzioni di legge. Si presta consenso al trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003)

Data

Firma del richiedente

Spazio riservato all'ufficio

Data ricevimento istanza: _____

Timbro e Firma resp.

La richiesta di accesso è stata: ACCOLTA RESPINTA DIFFERITA

Motivazione (se respinta/differita) _____

eventuale presenza di controinteressati

In caso di diniego/differimento, il richiedente potrà, entro 30gg., presentare ricorso al T.A.R. secondo le norme del codice del processo amministrativo.

Ufficio/data/orario per ritiro/visione documenti _____

Costo € _____

L'accesso potrà avvenire entro 30 gg. dalla data di accoglimento.

Data

Timbro e Firma Resp.

Verificato il pagamento, i documenti sono stati consegnati/visionati in data _____

FIRMA RICHIEDENTE

Timbro e Firma Resp.
