

ASL
ROMA 2REGIONE
LAZIO**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.



RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO
(Ai sensi dell'art. 5 del Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013)

Responsabile Trasparenza
ASL ROMA 2
Via Filippo Meda, 35
00157 Roma

La/il sottoscritta/o **COGNOME*** _____ **NOME *** _____
NATA/O * _____ **RESIDENTE IN *** _____ **PROV (_____)**
VIA _____ **n.** _____ **e-mail** _____
tel. _____

CONSIDERATA

l'omessa pubblicazione

ovvero

la pubblicazione parziale

del seguente documento/informazione/dato che in base alla normativa vigente non risulta pubblicato sul sito www.aslroma2.it

(1) _____

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 5 del d.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, la pubblicazione di quanto richiesto e la comunicazione alla/al medesima/o dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale al dato/informazione oggetto dell'istanza.

Indirizzo per le comunicazioni: _____ (2)

Luogo e data _____

Firma _____ (si allega copia del documento di identità)

***dati obbligatori**

- (1) Specificare il documento/informazione/dato di cui è stata omessa la pubblicazione obbligatoria; nel caso sia a conoscenza dell'istante, specificare la norma che impone la pubblicazione di quanto richiesto.
- (2) Inserire l'indirizzo al quale si chiede venga inviato il riscontro alla presente istanza.

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall'ASL ROMA 2 per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima per la creazione di profili degli utenti del servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronci o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASL ROMA 2, nella persona del legale rappresentante, con sede in Via Filippo Meda, 35 - 00157 Roma.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente Responsabile del servizio che ha emesso l'atto.



ASL
ROMA 2



REGIONE
LAZIO

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO AL TITOLARE DEL POTERE SOSTITUTIVO

(Ai sensi dell'art. 5 del Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013)

AL LEGALE RAPPRESENTANTE
PRO TEMPORE ASL ROMA 2
VIA FILIPPO MEDA 35
00157, ROMA

La/il sottoscritt/a COGNOME* _____ NOME * _____

NATA/O * _____ RESIDENTE IN * _____ PROV (____)

VIA _____ n. _____ e-mail _____

tel. _____

PREMESSO che con istanza prot.n. _____ del _____ ha presentato richiesta di accesso civico relativamente a _____

TENUTO CONTO che è decorso il termine di 30 gg. per il riscontro

CHIEDE

alla S.V., in qualità di titolare del potere sostitutivo la pubblicazione del/di _____

(2)

sul sito www.aslroma2.it e la comunicazione alla/al medesima/o dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto forma oggetto dell'istanza.

Indirizzo per le comunicazioni: _____ (3)

Luogo e data _____

Firma _____ (si allega copia del documento di identità)

**dati obbligatori*

- (1) Specificare il documento/informazione/dato di cui è stata omessa la pubblicazione obbligatoria; nel caso sia a conoscenza dell'istante, specificare la norma che impone la pubblicazione di quanto richiesto.
- (2) Inserire l'indirizzo al quale si chiede venga inviato il riscontro alla presente istanza.

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall' ASL ROMA 2 per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima per la creazione di profili degli utenti del servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASL ROMA 2, nella persona del legale rappresentante, con sede in Via Filippo Meda, 35 - 00157 Roma.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente Responsabile del servizio che ha emesso l'atto.