

# RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

ai sensi dell'art. 22 della legge 241/90 e successive modificazioni ed

Alla

ca A.S.FAR.M. Azienda Speciale Servizi Sociosanitari

Sede Amministrativa Via Maciachini, 9

21056 Induno Olona (Va)

---

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Documento di identità Tipo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_  
Rilasciato in data \_\_\_\_\_ Da \_\_\_\_\_

in qualità di diretto/a interessato/a all'accesso

in rappresentanza di (ditta, società, cooperativa, consorzio, ente)

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia Provincia  
Residente a \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Di prendere visione

Il rilascio in copia

dei seguenti documenti: (specificare ove possibile dettagliatamente i documenti e gli \_\_\_\_\_ quali si intende  
esercitare l'accesso specificando ogni elemento disponibile l'individuazione del documento/atto)

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

# RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

ai sensi dell'art. 22 della legge 241/90 e successive modificazioni ed

## DICHIARA

in relazione a quanto richiesto di avere o rappresentare un interesse concreto e attuale per la tutela della seguente situazione giuridicamente rilevante:

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati a soggetti pubblici interessati al procedimento, nonché agli altri soggetti, in conformità alle vigenti disposizioni in materia di accesso ai dati. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all' art. 7 del D. Lgs 196/2003.

Luogo e data

Firma del richiedente (per esteso e leggibile)

Si allega fotocopia del documento di identità del richiedente sottoscrittore della richiesta e fotocopia della delega in caso di rappresentanza dell'interessato.

## DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DI RILASCIO IN COPIA

Si allega alla presente la somma di euro \_\_\_\_\_ in marche da \_\_\_\_\_ quale rimborso del costo di riproduzione per n. \_\_\_\_\_ fogli (art. 25, legge 241/90)

La presa visione dei documenti è gratuita. Il rilascio di copie dei documenti è subordinato pagamento di € 0,26 in marche da bollo ogni due facciate riprodotte (€ 0,26 per il rilascio da una a due facciate; € 0,52 da tre a quattro; ecc.).

Dichiarazione dell'ufficio Segreteria Generale A.S.Far.M. a conclusione del procedimento di accesso:

Domanda Ricevuta il

Si dichiara di aver \_\_\_\_\_ dato in visione i documenti richiesti  
rilasciato copia dei documenti richiesti

Note: Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dal legale rappresentante o cittadino. Il modulo deve essere obbligatoriamente compilato in modalità digitale cliccando sugli appositi spazi e successivamente inviato all'indirizzo di posta elettronica o PEC dell'ufficio competente : mail : [amministrazione@asfarm.it](mailto:amministrazione@asfarm.it) mail pec: [asfarm@pec.it](mailto:asfarm@pec.it)

Il funzionario responsabile del procedimento (firma leggibile)

Il sottoscritto (richiedente) dichiara di aver:

preso visione del documento  
ottenuto il rilascio in copia del documento richiesto

Firma

, li

---