

Spett.le  
 ASL Latina  
 V.le Pier Luigi Nervi – Complesso  
 Latina Fiori, Palazzina G2  
 04100 LATINA

Oggetto: richiesta di accesso ai documenti amministrativi.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Documento di identificazione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**(da compilare in caso di soggetti che agiscono in rappresentanza di altri soggetti)**

In qualità di *(specificare i poteri rappresentativi)*: \_\_\_\_\_

Denominazione ente: \_\_\_\_\_

Allega alla presente *(atto idoneo a far constatare l'esistenza dei propri poteri rappresentativi)*

\_\_\_\_\_

### CHIEDE

- di PRENDERE VISIONE
- di PRENDERE VISIONE E TRASCRIVERE IN TUTTO O IN PARTE
- il RILASCIO DI COPIA SEMPLICE
- il RILASCIO DI COPIA AUTENTICATA *(l'autenticazione delle copie comporta l'applicazione delle disposizioni vigenti in materia di bollo)*
- il RILASCIO DI COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

dei sotto elencati documenti amministrativi:

\_\_\_\_\_

Per i seguenti motivi *(specificare l'interesse connesso con l'oggetto della richiesta)*:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

E

Dichiaro che prenderà visione o ritirerà le copie **personalmente**

**Delega** per l'esame o il ritiro:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e un documento valido, anche in copia, della persona delegante.

Chiede che le copie siano **inviate** al seguente indirizzo (*se diverso da quello di residenza*)

\_\_\_\_\_

Mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38, DPR 445/00, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante.

La dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante previamente identificato a mezzo di

IL FUNZIONARIO: \_\_\_\_\_

Note Informative:

- ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 169/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", la raccolta dei dati è effettuata mediante strumenti cartacei e/o informatici ed è finalizzata all'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti, nonché all'emanazione di atti amm.vi e al miglioramento dei servizi; i dati raccolti sono obbligatori per concludere i procedimenti amm.vi e garantire l'erogazione dei servizi; ove il richiedente non fornisca i dati essenziali all'istruttoria, il procedimento amm.vo potrebbe essere sospeso o non attivato. I dati raccolti sono comunicati solo a pubbliche amministrazioni e ad altri soggetti privati nell'ambito delle finalità di legge o regolamento. L'interessato ha diritto di conoscere gratuitamente l'esistenza di dati che lo riguardano, e di ottenere informazioni sulla loro esistenza, cancellazione, aggiornamento, correzione. La titolarità e la responsabilità del trattamento dei dati spettano all'Azienda ASL di Latina.
- ai sensi dell'art. 25, c. 4 della L. 241/90 e successive modificazioni e integrazioni, si informa che in caso di rifiuto, il differimento della richiesta di accesso agli atti, il richiedente, trascorsi inutilmente 30 gg., può presentare ricorso al T.A.R. o chiedere il riesame dell'istanza.