

ISTANZA PER LA RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO (F.O.I.A.)
art. 5, comma 2 e ss. del D.Lgs. n. 33/2013

All'ASP Paolo Ricci
Via Einaudi, 144
62012 Civitanova Marche (MC)

Ufficio o soggetto specifico destinatario

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente in _____
_____ Prov. _____ CAP _____ via _____
_____ n. _____ tel. _____ fax _____
_____ cod. fisc. _____ e-mail ordinaria _____
_____ PEC _____ indirizzo _____
_____ dove inviare eventuali comunicazioni

nella propria qualità di soggetto interessato,

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2 e ss. del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, di:

- prendere visione;
- ottenere copia semplice in formato _____
(specificare: *elettronico con invio tramite posta elettronica, cartaceo, su supporto cd*);
- ottenere copia autentica (istanza e copie sono soggette all'assolvimento delle disposizioni in materia di bollo);
relativamente ai seguenti documenti (dati o informazioni): _____

_____ (indicare
i documenti/dati/informazioni o gli estremi che ne consentono l'individuazione).

A tal fine dichiara di essere a conoscenza che:

- come stabilito dall'art. 5, comma 5 del D.Lgs. 33/2013, modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, qualora l'amministrazione alla quale è indirizzata la presente richiesta dovesse individuare dei controinteressati ex art. 5-bis, comma 2 del medesimo D.Lgs., è tenuta a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della presente istanza;
- qualora venga effettuata la sopra citata comunicazione, il termine di conclusione del presente procedimento di accesso è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati, e comunque non oltre 10 giorni;
- a norma dell'art. 5, comma 4 del D.Lgs. n. 33/2013, il rilascio di dati in formato elettronico è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che:

- 1) Il trattamento dei dati raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.*
- 2) I dati forniti saranno utilizzati dall'Asp Poalo Ricci per le proprie finalità istituzionali in relazione al procedimento avviato e per finalità strettamente connesse (complementari ed integrative), nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti.*
- 3) Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea, informatizzata e telematica.*
- 4) Il conferimento dei dati è obbligatorio ed è finalizzato allo svolgimento delle predette finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati per le stesse finalità di carattere istituzionale.*
- 5) Titolare del trattamento è l'Asp Paolo Ricci.*
- 6) L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs.vo 30 giugno 2003 N° 196.*

Luogo e data _____

Firma del richiedente
