



Prot. n. .... del .....

## DOMANDA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

(L. 241/1990 e s.i.m.)

**AI RESPONSABILE dell'U.O.C.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**dell'ASL BENEVENTO**

**RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a

1

\_\_\_\_\_

(cognome e nome)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

documento di identificazione \_\_\_\_\_

### in qualità di:

◇ Diretto interessato

\_\_\_\_\_

◇ Legale rappresentante di ente/ditta/società, come da documentazione che si produce<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

◇ Rappresentante in forza di delega rilasciata da<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Allegare fotocopia documento di identità se inviata a mezzo posta o recapitata da soggetto diverso dal richiedente.

<sup>2</sup> allegare originale o copia autentica che attesta il potere rappresentativo ovvero dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000.

<sup>3</sup> allegare delega dell'interessato con copia documento di identità (art. 35 D.P.R. 445/2000).

**CHIEDE**

- ◇ **di prendere visione**       personalmente       accompagnato da  
\_\_\_\_\_

- ◇ **il rilascio di copia semplice:**  
 che ritirerà personalmente, presso l'ufficio che gli verrà indicato  
    su supporto cartaceo       su supporto informatico  
 da spedire al seguente indirizzo
- 

- ◇ **il rilascio di copia autentica:**  
 che ritirerà personalmente, presso l'ufficio che gli verrà indicato  
    su supporto cartaceo       su supporto informatico  
 da spedire al seguente indirizzo
- 

**dei seguenti documenti amministrativi:**

\_\_\_\_\_

**per i seguenti motivi:** *(specificare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta)*

\_\_\_\_\_

ALLEGA alla presente richiesta la seguente documentazione, comprovante il proprio interesse ad esercitare il diritto d'accesso e l'esistenza dei propri poteri rappresentativi:

1)

\_\_\_\_\_

2)

\_\_\_\_\_

*Il sottoscritto conferma la veridicità di quanto sopra. Dichiara inoltre di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento dall'ASL BENEVENTO e che potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 presentando istanza all'ASL BENEVENTO stessa.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

---