

Al Direttore Generale

ASST Grande Ospedale
Metropolitano Niguarda
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano

- Mail: protocollo@ospedaleniguarda.it
- Pec: postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it
- Fax: 02.64444094

Oggetto: Richiesta di Accesso formale/informale ai documenti Amministrativi.

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ Prov. _____ il |_|/|_|/|_|_|_|
residente in _____ via _____ n. _____
CAP |_|_|_|_| tel. n. _____ Fax _____
e-mail _____

In qualità di:

- DIRETTO INTERESSATO**
- LEGALE RAPPRESENTANTE DI:** _____
(allegare documentazione)
- TUTORE, CURATORE O SIMILI DI:** _____
(allegare documentazione e documento identità di chi rilascia la procura)

CHIEDE DI

- PRENDERE VISIONE**
- OTTENERE COPIA IN CARTA LIBERA**
- OTTENERE COPIA AUTENTICATA/ CONFORME** (allegare marca da bollo, se dovuta)
- OTTENERE COPIA IN FORMATO DIGITALE**

Dei seguenti documenti amministrativi (indicare i dati identificativi):

_____ n. copie per documento richiesto : _____

di cui si chiede:

- consegna diretta o a soggetto delegato _____
- spedizione a mezzo fax / e-mail
al seguente n./indirizzo _____

DICHIARA

Che la presente richiesta è legittimata dalle seguenti motivazioni:

NELL'INTERESSE PROPRIO

PER CONTO del/della Sig/ra _____

Si allegano i seguenti documenti identificativi (es. carta d'identità, procura) a supporto della richiesta: _____

Il sottoscritto dichiara di essere 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 196/03).

Data |_|/|_|/|_|_|

Firma 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 30 gg., 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 30gg 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
