



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

All'U.O. Assistenza Farmaceutica Territoriale Aziendale

Sede di Ambito _____

Via _____, n. _____

cap _____, _____

farmaceticaterr.az@auslromagna.it

oppure

All'Ufficio Protocollo dell'AUSL Romagna

Via De Gasperi n. 8 – 48121 Ravenna

o con PEC: azienda@pec.auslromagna.it

**RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI
ai sensi dell'art 22 l 241/90 e successive modificazioni ed integrazioni**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ cap _____

Via/Piazza _____

tel/cell _____ fax n. _____

documento di identità: tipo _____ n. _____

rilasciato in data _____ da _____

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

in rappresentanza di _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

CHIEDE

- l'esame
- il rilascio in copia fotostatica
- il rilascio in copia conforme all'originale

dei seguenti documenti (*specificare dettagliatamente i documenti e gli atti sui quali si intende esercitare l'accesso, indicandone gli estremi ovvero gli elementi che ne consentono l'individuazione*)

DICHIARA

in relazione a quanto richiesto di avere o rappresentare un interesse diretto, concreto ed 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 dlgs 196/2003 che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici interessati al procedimento, nonché agli altri soggetti, in conformità alle vigenti disposizioni in materia di accessi ai dati. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del dlgs 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(1)

Si allega alla presente la somma di € _____ quale rimborso del costo di riproduzione stabilito da questa Azienda per n. _____ di fogli. (art 25 comma 1 legge 24171990 e s.m.i.)

(1) l'esame dei documenti è gratuito. Il rilascio di copie dei documenti è subordinato al pagamento di € 0,20 per ciascun foglio in formato UNI A4 e di € 0,40 per ciascun foglio in formato UNI A3

Dichiarazione dell'ufficio ricevente a conclusione del procedimento di accesso:

Domanda ricevuta il ____/____/____

- Si dichiara di aver
- dato in visione i documenti richiesti
 - rilasciato copia dei documenti richiesti
 - di NON aver autorizzato l'accesso per seguenti motivi

di aver differito l'accesso per i seguenti motivi:

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

Fatte salve le ipotesi di differimento, trascorsi inutilmente 30 giorni dal ricevimento dell'istanza senza che l'Azienda si sia pronunciata in merito, questa si intende respinta e l'interessato può attivare il rimedio giurisdizionale. I commi 4,5,e 6 dell'art 25 della legge 241/1990, così come da ultimo modificata dal Dlgs 104/2010, Codice del Processo Amministrativo, disciplinano i ricorsi, amministrativo e giurisdizionale, per la totale avverso il provvedimento di diniego ovvero di accoglimento parziale o di differimento dell'accesso.

Luogo e data

Firma del richiedente (per esteso e leggibile)
