

AL DIRETTORE GENERALE  
ASST RHODENSE

VIALE FORLANINI, 95  
20024 - GARBAGNATE MILANESE (MI)  
protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it  
Tel: 02.994301

## **RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI**

**(Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni; d.P.R. 12 aprile 2006, n. 184)**

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

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

e residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di (*indicare: diretto interessato, legale rappresentante, delegato, altro*)

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

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 445/00, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi

### **C H I E D E**

(*barrare la casella di interesse*):

- DI PRENDERE VISIONE**  
 **DI RICEVERE COPIA SEMPLICE**  
 **DI RICEVERE COPIA AUTENTICATA**

dei seguenti documenti amministrativi:

(*indicare gli estremi dei documenti oggetto della richiesta ovvero gli elementi che ne consentono l'individuazione*)

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

per la seguente MOTIVAZIONE: (indicare l'interesse diretto, concreto ed attuale per il quale si intende esercitare il diritto d'accesso)

---

---

---

---

impegnandosi a rimborsare il costo di riproduzione stabilito da codesta Amministrazione

e

<input type="checkbox"/> dichiara che prenderà visione o ritirerà le copie <b>personalmente</b>
<input type="checkbox"/> <b>delega</b> per l'esame o il ritiro: Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ____/____/_____ Residente in _____ Via _____ <i>(La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e un documento valido, anche in copia, della persona che fa la delega).</i>
<input type="checkbox"/> chiede che le copie siano <b>inviate</b> al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza): _____ _____
mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico.
<input type="checkbox"/> chiede che le copie siano <b>inviate</b> a mezzo fax al seguente n. _____
<input type="checkbox"/> chiede che le copie siano <b>inviate</b> a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo: _____ _____ _____
L'Azienda non si assume responsabilità per ritardi o mancati recapiti dei documenti di cui è stato richiesto l'invio per posta o, nel caso di invio via e-mail, qualora il richiedente non abbia la casella certificata (DPR 445/2000).

DATA.....

FIRMA:.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000, 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.

---

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

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

IL FUNZIONARIO:.....

I dati personali forniti con la presente richiesta saranno trattati da ASST Rhodense, Titolare del trattamento, secondo quanto disciplinato dal Regolamento UE 2016/679. A tal fine si rimanda all' Atto di informazione ex artt. 13 e 14 del regolamento ue n. 2016/679 - prestazione sanitaria/sociosanitaria/assistenziale/socioassistenziale/sociale, ivi incluse le connesse ed incidentali ulteriori finalità di trattamento – pubblicata al seguente link <http://www.asst-rhodense.it/nuovo-sito/home/PRIVACY/privacy.html>