

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE
Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

(Art.5, comma 2 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni", come modificato dal D.Lgs n. 97/2016)

AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO

.....
(Ufficio che detiene i dati, le
informazioni o i documenti)
ASST Rhodense
protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it
Tel: 02.994301

Alternativamente

AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
RELAZIONI CON IL PUBBLICO
ASST Rhodense
protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it
Tel: 02.994301

Il/la sottoscritto/a

Cognome* _____

Nato/a a* _____

Residente in* _____

E-mail* _____

Tel. _____

Nome* _____

Il _____

Via _____, N° _____

Cell. _____

PEC _____

* Campi obbligatori

CHIEDE

in adempimento alle disposizioni previste dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come novellato dal D.Lgs n. 97/2016, di esercitare il diritto di accesso civico generalizzato rispetto ai seguenti dati, documenti e informazioni, da trasmettere all'indirizzo e-mail suindicato:

.....
.....
.....
.....
.....

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.

Si allega copia cartacea o scansione digitale del proprio documento d'identità.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

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>