

RICHIESTA DI ACCESSO GENERALIZZATO

(art. 1, lett. 0a), legge regionale 29 ottobre 2014, n. 10 e art. 5, co. 2, decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33)

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza della APSP

Direttore Dott. Claudio Dalla Palma [a1]

La/il sottoscritta/o

COGNOME _____ NOME _____

Nata/o a _____ Prov. (_____) il _____

Residente in _____ Prov. (_____) Via _____

_____ n. _____

e-mail _____ Pec _____

Tel. _____

In qualità di _____ [b1]

CHIEDE

di prendere visione

di ottenere copia semplice

dei seguenti documenti

indica

[a] La richiesta deve essere inviata con una delle seguenti modalità:

- Tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: apsp.roncegno.amministrazione@pec.it
- Con consegna diretta presso l'Ufficio Protocollo dell'APSP "S. Giuseppe" di Roncegno Terme-

[b] Indicare la qualifica solo se si agisce per conto di una persona giuridica.

Quale modalità attraverso cui chiede sia recapitato il documento:

- l'invio in forma elettronica alla casella di posta elettronica certificata:

- l'invio in forma cartacea/su supporto informatico al seguente domicilio:

- il ritiro in forma cartacea presso la sede dell'Amministrazione

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 è tenuta a dare comunicazione agli stessi della richiesta di accesso 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, da formalizzare entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione;
- ▲ a norma dell'art. 5, comma 4 del D.Lgs. n. 33/2013, il rilascio di dati in formato cartaceo o elettronico è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione, per la riproduzione e l'eventuale spedizione postale;

Luogo e data _____ Firma _____

Allega: copia di un proprio documento di identità.

Informativa sul trattamento dei dati personali ex art 13 d.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I dati personali conferiti con il presente modulo sono trattati da Azienda provinciale per i servizi sanitari in qualità di Titolare del Trattamento, esclusivamente per finalità connesse allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, proprie del procedimento oggetto della istanza. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed in mancanza degli stessi l'Azienda non potrà avviare il procedimento e dare seguito alla istanza presentata. Il trattamento avverrà secondo modalità informatiche e manuali ad opera degli incaricati del trattamento, e nel rispetto delle misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza dei dati medesimi. I dati conferiti potranno essere oggetto di comunicazione o diffusione se previsto quale obbligo di legge, ovvero trattati in forma anonima. All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se erronei, incompleti o raccolti in violazione di norme di legge, opporsi al trattamento, rivolgendo istanza al Titolare del Trattamento.