



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Allegato 2

<p><i>Riservato alla Asl</i> U.O. presso cui si esercita l'accesso:</p> <p>U.O. _____</p> <p>Indirizzo: _____</p>	<p><i>Riservato all'Ufficio</i></p> <p>Domanda di accesso n° _____</p> <p>Del _____ / _____ / _____</p>	<p>Eventuale marca da bollo (1)</p>
---	---	---

Modello A (Richiesta di accesso)

Da inviare tramite posta, a mano o fax (2)

**RICHIESTA DI ACCESSO FORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI**

(ai sensi dell'art. 22 della Legge 07.08.1990, n. 241 e del D.P.R. 12/04/2006, n. 184)

**Al Direttore Generale della ASL2 Abruzzo**  
Via Martiri Lancianesi 17/19

66100 - **CHIETI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_ (3)

A titolo di:

diretto Interessato

legale rappresentante (4) \_\_\_\_\_

per conto di (5) \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

(previo pagamento della somma, se dovuta, per il rimborso spese)

di prendere visione;

il rilascio di copia semplice;

il rilascio di copia autentica (in bollo); (1)

il rilascio su supporto elettronico, in formato non modificabile;

dei seguenti documenti: (6)

---

---

---

---

---

---

---

---



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Motivazione della richiesta: (7)

---

---

---

Allegati:

---

---

---

Indirizzo presso il quale si desidera ricevere le comunicazioni relative alla procedura d'accesso:

---

---

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Firma \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

### INFORMATIVA PRIVACY

Al sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente ha la sola finalità di consentire l'evasione della richiesta di accesso e potrà essere effettuato con sistemi manuali e informatici.

In ogni momento, l'interessato potrà esercitare i diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo n. 196/2003.

Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano Vasto Chieti.

Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del procedimento di evasione della richiesta di accesso.

- (1) Nel caso di richiesta di copia conforme all'originale dovranno essere consegnate agli uffici competenti le marche da bollo necessarie alla regolarizzazione degli atti il cui numero ed ammontare sarà indicato dagli uffici stessi. L'istanza, in questo caso, dovrà essere presentata in bollo.
- (2) Nel caso di inoltro dell'istanza a mezzo posta o fax il richiedente dovrà allegare alla presente anche fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.
- (3) Indicare il tipo di documento, numero, luogo, Autorità e data di rilascio nonché allegare copia del predetto documento.
- (4) Produrre documenti utili ad attestare i poteri di rappresentanza.
- (5) Allegare documentazione accompagnata da copia di identità di chi la rilascia.
- (6) Indicare gli estremi dei documenti o gli elementi che ne consentano l'individuazione. Non sono ammesse richieste imprecise e generiche (es. quelle che fanno riferimento a tutti gli atti relativi ad un dato procedimento o a tutta la documentazione etc...)
- (7) Indicare l'interesse giuridicamente rilevante del richiedente connesso all'oggetto della richiesta.



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

**Da compilare a cura dell'ufficio**

- ◇ La presente istanza è stata presentata dal Sig. \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_
- ◇ La presente istanza è stata presentata dal Sig. \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ unitamente alla delega scritta ed alla  
fotocopia del documento di identità del richiedente
- ◇ Indirizzo, anche di posta elettronica certificata, cui inviare eventuali comunicazioni:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il Direttore/Responsabile / Funzionario / Dipendente incaricato

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

**ESITO DELL'ISTANZA**

- ACCOGLIMENTO
- LIMITAZIONE
- DINIEGO
- DIFFERIMENTO

*Nel caso di diniego, limitazione o differimento, allegare copia dell'eventuale provvedimento di diniego e nel caso di differimento la relativa durata.*