

**All’Azienda Sanitaria
Locale Umbria n. 2
Servizio/Ufficio_____ [1]**

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI (L. 241/1990 – D.P.R. 184/2006)

RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

In via

_____ Tel. _____

Doc. di identificazione _____

in qualità di

- Diretto interessato
- Rappresentante in forza di delega rilasciata da

¹ _____

oppure

- Rappresentante,
in quanto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere:

- esercente la potestà genitoriale del sig./sig.ra
_____;

- tutore del minore sig./sig.ra
_____;

- tutore dell’interdetto/a sig./sig.ra
_____;

¹ allegare delega dell’interessato con firma autenticata

- amministratore di sostegno del sig./sig.ra
_____;
- erede del sig./sig.ra
_____;
- legale rappresentante dell'ente/società/ditta
_____;
- coniuge e dichiara, inoltre che l'intestatario della documentazione è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre che l'intestatario della documentazione è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;
- altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della documentazione è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute.

CHIEDE

- Di prendere visione
- Il rilascio di copia semplice
- Il rilascio di copia autentica²

dei sottoindicati documenti amministrativi

detenuti dal seguente Servizio/Ufficio aziendale (se di conoscenza) _____

per i seguenti motivi (specificare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta)

² allegare marche da bollo per assolvere all'imposta secondo la legislazione vigente

- **CHIEDE**, altresì di ricevere la documentazione mediante il servizio postale, facendosi carico dei relativi oneri, tramite:
- Posta Prioritaria
- Raccomandata AR
- Assicurata

al seguente indirizzo:

oppure tramite PEC al seguente indirizzo (indicare solo indirizzo PEC)

oppure tramite Fax al n. _____

oppure su proprio supporto informatico:

- Cd
- Dvd
- Chiavetta USB

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

Dichiara, inoltre, di essere informato che i suoi dati personali saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

ALLEGA alla presente richiesta la seguente documentazione, comprovante il proprio interesse ad esercitare il diritto d'accesso e, occorrendo, l'esistenza dei propri poteri rappresentativi:

1) _____

2) _____

Luogo e data

Firma del richiedente

[¹] Il Modello di richiesta va inviato alla Usl Umbria n. 2 con una delle seguenti modalità:

- tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: aslumbria2@postacert.umbria.it
- con consegna diretta presso gli Uffici Protocollo della Usl Umbria n. 2 di Terni ovvero di Foligno o tramite posta elettronica all'indirizzo: protocollo@uslumbria2.it
- via fax al numero 0744/303639 o 0742/350902 (Segreteria della Direzione Generale di Terni o Segreteria della Direzione Generale di Foligno)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI FORNITI CON LA RICHIESTA

(Art. 13 del d.lgs. 196/2003 - “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall’Azienda USL Umbria 2 per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento amministrativo e provvedere all’emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima per la creazione di profili degli utenti del servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento.

I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell’interessato

All’interessato sono riconosciuti i diritti di cui all’art. 7 del d.lgs. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l’aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l’opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l’esercizio di tali diritti, l’interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

6. Titolare e Responsabili del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Azienda USL Umbria 2, con sede legale provvisoria in Via D. Bramante, 37 – 05100 Terni.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente cui fa capo la responsabilità del rilascio degli atti richiesti.

Si autorizza il trattamento dei dati personali forniti con la presente richiesta ai sensi del D.lgs 196/2003.

Data _____

Firma _____