All’Ufficio Protocollo dell’ASST G. Pini-CTO

protocollo@pec.asst-pini-cto.it (per invii da PEC)

[protocollo@asst-pini-cto.it](mailto:protocollo@asst-pini-cto.it) (per invii da e-mail)

**Istanza di accesso documentale (legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.).**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)....................................................................................

luogo e data di nascita ...........................................................................................................

residente (citta, indirizzo) .......................................................................................................

recapito telefonico ................................................... indirizzo mail ............................................

documento di identità (tipo e numero) ........................................................................................

In qualità di (specificare i potere rappresentativi) --------------------------------------------------------------

Per conto di (indicare gli estremi della persona rappresentata o dell’Azienda di cui si è legale rappresentante) e all’uopo allegare alla presente istanza la documentazione comprovante il rapporto e la fotocopia del documento d’identità del rappresentato e del rappresentante richiedente)

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

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.I.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

□ di prendere visione degli atti

□ di ottenere copia in carta semplice

□ di ottenere copia conforme all’originale

□ di ottenere copia in formato digitale

dei sotto indicati documenti amministrativi (tipo documento – riferimenti dettagliati per l’individuazione)

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

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

Per i seguenti motivi: .........................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PRENDE ATTO CHE

- la visione della documentazione è gratuita;

- il rilascio di copia è subordinato al rimborso dei costi di riproduzione, di ricerca e visura;

- le tariffe e le modalità di pagamento sono esplicitate nel tariffario pubblicato sul sito web dell’Azienda;

- la domanda di accesso sarà valida solo se corredata da fotocopia del documento di identità del

richiedente e degli eventuali poteri di delega o rappresentanza e da fotocopia dei documenti di

identità del rappresentato e del rappresentante richiedente.

**INFORMATIVA PRIVACY ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.**

Ai sensi dell’art. 13 del D.Lg. 196/2003, La informiamo che i Suoi dati saranno trattati al fine di dare esecuzione alla Sua richiesta di accesso agli atti. Il trattamento avverrà in modo manuale e informatizzato. Il conferimento dei dati personali è facoltativo ed il mancato conferimento non consentirà l’esecuzione della richiesta presentata. I dati verranno a conoscenza dei dipendenti dell’Azienda incaricati o responsabili del trattamento dei dati e potranno essere oggetto di comunicazione ad altri Enti Pubblici competenti nella soluzione dei problemi da Lei segnalati.

Il titolare del trattamento è l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico G. Pini-CTO, con sede in Milano, Piazza Cardinal Ferrari 1

I responsabili sono i Direttori e/o Dirigenti delle Complesse o Semplici dell’Azienda nel cui ambito i dati sono stati trattati.

Al titolare o ai responsabili del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti previsti dall’art. 7 del D. Lgs. 196/2003.

Luogo e data .....................................

Firma del richiedente

(per esteso e leggibile)