

**DOMANDA DI ACCESSO FORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI  
(L. 241/90 – D.P.R. 184/2006)**

**Il sottoscritto/a** (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

**in qualità di**

Diretto interessato (*allegare proprio documento di riconoscimento*)

Rappresentante in forza di delega rilasciata da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

*(In caso di delega devono essere allegati i documenti di riconoscimento del delegante e del delegato)*

**oppure**

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 **di essere rappresentante in qualità di:**

esercente la potestà genitoriale del minore sig./sig.ra \_\_\_\_\_;

tutore del minore sig./sig.ra \_\_\_\_\_;

tutore dell'interdetto/a sig./sig.ra \_\_\_\_\_;

amministratore di sostegno del sig./sig.ra \_\_\_\_\_;

erede del sig./sig.ra \_\_\_\_\_;

legale rappresentante dell'ente/società/ditta \_\_\_\_\_;

coniuge del sig./sig.ra 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 dell'intestatario) 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/i dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della documentazione è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute.

di:

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

grado di parentela (specificare) \_\_\_\_\_

residenza (se diversa) \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Di prendere visione:  personalmente -  accompagnato da \_\_\_\_\_

Di prendere visione e trascrivere in tutto o in parte:  personalmente -  accompagnato da \_\_\_\_\_

Il rilascio di copia semplice

Il rilascio di copia autentica (allegare marche da bollo per assolvere all'imposta secondo la legislazione vigente)

### dei sottoindicati documenti amministrativi

---

---

---

---

---

---

---

---

**Per i seguenti motivi** (specificare l'interesse diretto, concreto ed attuale connesso all'oggetto della richiesta):

---

---

---

---

---

---

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:

---

---

---

**CHIEDE**, altresì

- di ritirare la documentazione personalmente presso la Struttura che detiene la documentazione richiesta;
- di ricevere la documentazione mediante il servizio postale o tramite PEC al seguente indirizzo:
- 

### **INFORMATIVA AI SENSI DEL D.L.gs n. 196/2003**

Ai sensi e per gli effetti dell'art 13 del D.L.gs n. 196/2003, si informa la S.V. che:

- i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza di accesso formulata e per le finalità strettamente ad essa connesse;
- il trattamento dei dati verrà effettuato anche mediante l'utilizzo degli strumenti elettronici a disposizione dell'Azienda;
- i dati non verranno comunicati a terzi, salvo quanto necessario per l'espletamento degli obblighi connessi alla normativa in materia di diritto di accesso; in particolare, in base a quanto disposto dalla L. n. 241/90 e ss.mm.ii., nel caso in cui il documento richiesto contenga informazioni riferite a soggetti terzi che dall'esercizio del diritto di accesso vedrebbero compromesso il proprio diritto alla riservatezza, l'Azienda è tenuta a fornire loro notizia della richiesta trasmettendo copia della stessa;
- il conferimento dei dati è obbligatorio. Nel caso di mancato conferimento dei dati, l'istanza di accesso si intenderà abbandonata e non sarà dato corso al procedimento di accesso;
- il titolare del trattamento è l'AUSL 4 Teramo con sede in C.ne Ragusa n.1, 64100 Teramo;
- il Responsabile del trattamento è il Direttore della Struttura/U.O. competente a formare o detenere il documento
- la S.V. può in ogni momento esercire i diritti di accesso rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione dei dati così come previsto dall'art. 7 del D.L.gs n. 196/2003, rivolgendosi alla Struttura/U.O. competente a formare o detenere la relativa documentazione.

Per presa visione.

Data.....Firma.....

---

*Parte da compilare a cura dell'Ufficio che riceve la dichiarazione*

Attesto che l'istanza sopra riportata è stata sottoscritta e depositata in mia presenza dal

Sig. \_\_\_\_\_ identificato con documento di

identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il dipendente addetto \_\_\_\_\_