



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

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

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

Ai 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.



Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chie

(L.R. N°5/2008) C.F.-P.I. 2307130696

DISTRETTO SANITARIO di CHIETI

Direttore: dott. Emidio Mastrovecchio

Chieti Via Tiro a Segno (c/o vecchio ospedale)

tel.0871/358678-fax 0871/358679

Costo di riproduzione nonché diritti di ricerca e di visura per copia documenti amministrativi a seguito di richiesta di accesso, salve le disposizioni vigenti in materia di bollo.

La copia dei documenti è rilasciata subordinatamente al pagamento delle tariffe, stabilite dal Direttore Generale, e di seguito specificate:

A)

- costo di riproduzione fotostatica
o stampa di memorizzazione
informatica formato A4 n° facciate ____ X 0,40 a facciata = € _____
- costo di riproduzione fotostatica
o stampa di memorizzazione
informatica formato A3 n° facciate ____ X 0,80 a facciata = € _____
- costo riproduzione formati maggiori
con attrezzature esterne a quelle in
dotazione alla ASL
costo effettivamente sostenuto
pari a = € _____

B)

- diritti di ricerca e visura documenti
data ad un anno dalla richiesta..... € 2,50 = € _____
- diritti di ricerca e visura documenti
data oltre un anno dalla richiesta
e fino a 5 anni..... € 5,00 = € _____
- diritti di ricerca e visura documenti
data oltre cinque anni dalla richiesta
e fino a 10 anni..... € 10,00 = € _____
- diritti di ricerca e visura documenti
data oltre dieci anni dalla richiesta..... € 15,00 = € _____

C)

- costo copie supporto elettronico
qualora possibile, per documenti
con data fino a cinque anni
somma forfettaria..... € 10,00 = € _____
- costo copie supporto elettronico
qualora possibile, per documenti
con data oltre i cinque anni e fino
dieci anni somma forfettaria..... € 15,00 = € _____
- costo copie supporto elettronico
qualora possibile, per documenti
con data oltre i dieci anni
somma forfettaria..... € 20,00 = € _____

D)

- costo spedizione per invio
documentazione a mezzo posta = € _____

TOTALE GENERALE (A+B+C+D).....= € _____

Il Dipendente Incaricato