**(Allegato 6)**

Al Direttore Amministrativo (o suo delegato)

**Oggetto: Istanza accesso civico semplice al Soggetto Titolare del potere sostitutivo**

Il/la sottoscritto/a …………………….……………….. nato/a a ………………….……… il ……………….... residente in …………………..…………. via…………………………. tel………………………… e PEC/mail …………………………………..…………., con il documento n. …………….………… (allegato in copia), rilasciato da …………………………………………….… il …………………………...……

In qualità di …………………………………………………………………………… (indicare la qualifica solo se si agisce per conto di persona giuridica)

**CONSIDERATO CHE**

in data …………..…… ha presentato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell’ASL n. 5 di Oristano richiesta di accesso civico, ai sensi dell’art. 5, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. riguardante i seguenti dati/informazioni/documenti: ………………………………….………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. (specificare in maniera precisa il documento/informazione/dato di cui si chiede la pubblicazione obbligatoria, indicando, se è possibile, la norma da cui discende l’obbligo di pubblicazione di quanto richiesto)

Tenuto conto che, ad oggi, in riferimento a quanto richiesto:

 non risulta l’avvenuta pubblicazione sul sito web istituzionale aziendale

 non risulta pervenuta alcuna risposta

**CHIEDE**

alla S.V., in qualità di titolare del potere sostitutivo la pubblicazione del suddetto dato/informazione/documento entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto

che ogni comunicazione sia inoltrata :

per pec al seguente indirizzo pec …………………………………………………..

per mail al seguente indirizzo mail ………………………………………………….

per posta al seguente indirizzo ……………………………………………………...

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali che saranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR), del D. Lgs. 196/2003 (c.d. Codice Privacy) e s.m.i., nonché della regolamentazione ASL n. 5 di Oristano, al fine della presente istanza.

Data ……………………. Firma ……………………………………