

 **(Allegato 2)**

 Al ………………………..

**Oggetto: Istanza di accesso documentale ai sensi della L.241/90 e ss.mm.ii.**

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

In qualità di: …………………………………………………

**CHIEDE**

 Prendere visione

 Avere copia in formato elettronico (se disponibile)

 Avere copia in formato cartaceo

Dei seguenti documenti (indicare chiaramente i documenti richiesti; se si conoscono, specificare il numero di protocollo o la data degli atti) ……………………….……………………………………………….
……………………………………………………………………………………………………………………….

Per i seguenti motivi (specificare l’interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata) ……………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………………………….

Si chiede che, in caso di accoglimento dell’istanza, la documentazione sia inoltrata:

* per posta al seguente indirizzo …………………………………………….…
* per pec al seguente indirizzo pec …………………………………………….
* per mail al seguente indirizzo mail …………………………………………...

Autorizza il trattamento dei miei dati personali che saranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia e della regolamentazione ATS al riguardo, recepita dall’ASL n. 5 di Oristano con Deliberazione del Direttore Generale n. 115 del 19/04/2022, al fine della presente istanza.

Data ……………………….. Firma …………………………………….

*N.B.: In caso di soggetto delegato o munito di poteri di rappresentanza allegare: delega e fotocopia documento del delegante e del sottoscritto delegato, la documentazione atta sia a comprovare il proprio interesse ad esercitare il diritto di accesso sia a far constatare l’esistenza dei propri poteri rappresentativi.*