**(Allegato 1)**

**Oggetto: Istanza di accesso informale**

Il/La sottoscritto/a nato/a a ………………………………. il …………… residente in …………………………. via ………………………………….………. tel……………………………………. e mail………………………., estremi documento identità n.…………………………(allegato in copia),

**CHIEDE**

Di poter accedere mediante

 Presa visione

 Estrazione copie

Alla seguente documentazione ………………………………………………………………………………….

Per i seguenti motivi (specificare l’interesse connesso con l’oggetto della richiesta): …………………….
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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 ……………………………………...