

 **(Allegato 2)**

 Al …………………...………………..

**Oggetto: Istanza di accesso documentale ai sensi della L.241/90 e s.m.i.**

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) ……………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………………………….

In caso di accoglimento dell’istanza, che la documentazione 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 …………………………………….

*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.*