**(Allegato 7)**

 Al ……………………...……………..

**Oggetto**: **Richiesta di accesso civico generalizzato ai sensi dell’art. 5, co. 2 del D. Lgs 33/2013 e s.m.i**.

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 …………………………...……

Altro indirizzo per le comunicazioni ………………………………………………………………

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

**CHIEDE**

 il seguente documento: ……………………………………………………………………………………

 le seguenti informazioni/dati: ……………………………………………………………………………….
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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………………………………