



Residenza Sanitaria Assistenziale
" **Gottardo Delfinoni** "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo- ☎ 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

FAC SIMILE DOMANDA DI ACCESSO AGLI ATTI

Al Responsabile del Procedimento di Accesso agli atti
Fondazione "Casa di Riposo Gottardo Delfinoni"
Via Palazzo, 20
27022 CASORATE PRIMO (PV)

Oggetto: richiesta di accesso agli atti e documenti amministrativi

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a (....), in Via.....n.....

Telefono

e-mail

CHIEDE

- ☐ di prendere visione
- ☐ il rilascio di copia cartacea
- ☐ il rilascio di copia in formato elettronico

dei documenti sotto indicati (specificarne gli estremi e se possibile il procedimento in cui sono inseriti)

.....
.....
.....

per i seguenti motivi (SOLO IN CASO DI ACCESSO DOCUMENTALE - specificare l'interesse diretto, concreto ed attuale connesso con la richiesta di accesso)

.....
.....
.....

Dichiara di presentare la richiesta in qualità di:

.....
.....
.....



Residenza Sanitaria Assistenziale
" Gottardo Delfinoni "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo- ☎ 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

-
- ☐ diretto interessato
 - ☐ delegato di
 - ☐ Legale rappresentante di
 - ☐ Tutore/curatore/AdS di

DICHIARA

1. sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze anche penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del DPR 445/2000 che quanto sopra riportato corrisponde al vero;
2. di essere informato/a che nel caso in cui la documentazione richiesta contenga informazioni riferite a soggetti terzi che dall'esercizio del diritto di accesso potrebbero vedere compromessa la loro riservatezza (controinteressati) la Fondazione è tenuta a fornire loro notizia. I controinteressati hanno facoltà di formulare motivata opposizione entro 10 giorni dal ricevimento di tale comunicazione.

Indirizzo a cui inviare le comunicazioni:

Paese/città Provincia (.....)

Via nr.....

e-mail

PEC

Luogo e data

FIRMA LEGGIBILE

Si allega

- ☐ copia completa documento identità
- ☐ atto di delega e copia completa documento identità delegante
- ☐ altro

Informativa privacy:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 i dati personali da lei conferiti saranno trattati in modalità cartacea e informatizzata dal personale incaricato per le finalità connesse al rilascio della documentazione richiesta. I dati potranno essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o soggetti a cui tale comunicazione debba essere effettuata in adempimento di un obbligo previsto per legge o da un regolamento o da disposizioni impartite da Autorità anche ai fini di verifica della veridicità delle dichiarazioni rese. Resta esclusa la diffusione. Titolare del trattamento dei dati è Fondazione



Residenza Sanitaria Assistenziale
" Gottardo Delfinoni "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo- ☎ 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

Casa di Riposo "Gottardo Delfinoni" cui la richiesta viene rivolta. Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti all'articolo 15 e successivi del Regolamento Ue rivolgendosi al Titolare del trattamento.

Per presa visione (firma)

data



Residenza Sanitaria Assistenziale
" Gottardo Delfinoni "

Via Palazzo 20 -Casorate Primo- ☎ 02 9056601



02 90059007



delfinoni@gottardodelfinoni.it

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI ACCESSO DOCUMENTALE

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
residente a (....), in Via.....n.....
Telefono
e-mail

DELEGA

Il/la signor/a
nato/a a il
residente a (....), in Via.....n.....
Telefono
e-mail

- ☐ per la presentazione dell'istanza di esercizio del diritto di accesso
☐ per il ritiro della documentazione richiesta con istanza del
☐ per l'esame della documentazione richiesta con istanza del

Luogo e data

Il delegante (firma leggibile)

Allegare copia completa documento identità