

All' Istituto Superiore di Sanità  
Viale Regina Elena 299  
00161 Roma  
Telefono 06. 49901  
Telefax 06.49387118

**Oggetto della richiesta:** Accesso documentale ex artt. 22 e ss. L. 241/1990

1. Il/la sottoscritto/a:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
residenza \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ documento d'identificazione \_\_\_\_\_

2. L'Amministrazione richiedente *(nel caso sia un'amministrazione a effettuare la richiesta di accesso)* \_\_\_\_\_ ufficio di appartenenza \_\_\_\_\_

Motivo della richiesta \_\_\_\_\_

Indicazione dell'interesse alla visione/copia \_\_\_\_\_

Generalità dell'accompagnatore ed estremi del documento di identificazione \_\_\_\_\_

Documenti allegati a sostegno della richiesta \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

1) di prendere visione dei seguenti documenti amministrativi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) di ottenere copia dei seguenti documenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

secondo le modalità e le tariffe indicate da codesto Istituto.

Indirizzo per le comunicazioni:

\_\_\_\_\_

**Informazioni privacy ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento U.E. 2016/679:** l'Istituto Superiore di Sanità informa che i dati personali raccolti saranno trattati nel rispetto del Regolamento U.E. 2016/679 e del Codice Privacy, come da ultimo novellato dal Decreto Legislativo numero 101 del 2018. Per maggiori informazioni si rimanda al modulo di informazioni privacy consultabili sul sito web dell'Istituto Superiore di Sanità, nella sezione Accesso agli atti del portale Amministrazione Trasparente.

Data,.....

Firma del richiedente

.....