

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

.....