



Azienda Sanitaria Locale  
ASL BA

\*\*\*\*\*

**ALLEGATO 1**

Al Responsabile della struttura/servizio

\_\_\_\_\_

All'ufficio relazioni con il pubblico – URP

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ACCESSO FORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI**

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Corso \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**SPECIFICARE IL MOTIVO GIUSTIFICATIVO DELLA RICHIESTA.**  
*(Da indicare ai sensi dell'art 13 regolamento aziendale)*

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

**CHIEDE L'ACCESSO AI SEGUENTI ATTI:**

Oggetto dell'atto	Numero	Data

- per la visione;
- per la visione e trascrizione del documento
- per il rilascio di:
  - A) fotocopia per uso proprio
  - B) copia conforme all'originale