



Azienda Sanitaria Locale  
ASL BA

\*\*\*\*\*

**ALLEGATO 2**

Al Responsabile della struttura/servizio

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ACCESSO INFORMALE AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI**

Il/la sottoscritto/a .....  
 Nato/a a \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via/Corso \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Indirizzo email \_\_\_\_\_  
 Indirizzo PEC \_\_\_\_\_  
 Identificato con documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**HA CHIESTO DI PRENDERE VISIONE DEI SEGUENTI ATTI:**

Oggetto dell'atto	Numero	Data

**SPECIFICARE IL MOTIVO GIUSTIFICATIVO DELLA RICHIESTA**  
*(Da indicare ai sensi dell'art 12 regolamento aziendale)*

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

Il richiedente

\_\_\_\_\_

Il responsabile del servizio

\_\_\_\_\_

**Parte da compilare a cura dell'Amministrazione**

La richiesta è stata presentata in data \_\_\_\_\_

**Il ricevente**

\_\_\_\_\_