Spett.le ASL BARI

Lungomare Starita 6

 70123 Bari

ISTANZA DI ACCESSO CIVICO SEMPLICE (art. 5, comma 1 del d. lgs. n. 33/2013)

 Il/La sottoscritto/a….....…..........................................................................................................................

nato a .................................................................................. il…...................................................................

residente in….................................................................pr……….via….....................................................

n.…............ e-mail…………………………………………………………………………………………

PEC.........................................................................................tel.….............................................................

 in qualità di *(indicare la qualifica solo se si agisce in nome e/o per conto di una persona giuridica*) …..................................................................................................................................

consapevole che in caso di dichiarazione mendace o, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D. P.R. 445/2000

CONSIDERATA

□ L’omessa pubblicazione

□ La pubblicazione parziale

del seguente documento/informazione/dato che in base alla normativa vigente non risulta pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente” sul sito istituzionale dell’ASL Bari

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

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell’art. 5 del d. lgs n. 33 del 14 marzo 2013, la pubblicazione di quanto richiesto e la comunicazione alla/al medesima/o dell’avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale al dato/informazione oggetto dell’istanza.

Dichiara inoltre di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente istanza:

□ con raccomandata A/R, con spese a mio carico, all'indirizzo di residenza innanzi indicato

□ all’indirizzo PEC innanzi indicato

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità, ad eccezione del solo caso di sottoscrizione digitale (art. 65 CAD)

Data ............................................. Firma del richiedente …...........................................................

**Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679)**

 Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. I dati saranno trattati dall’ASL BARI in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell’informativa completa pubblicata sul sito dell’ASL BARI (Informativa sulla privacy)

Luogo e data ............................................ Firma ............................................