



## AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

### **RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (c.d. FOIA)**

*(ai sensi dell'art. 5, co. 2, del d. lgs. 14 marzo 2013, n. 33)*

All'ASL BARI  
Lungomare Starita 6  
70123 Bari

Il/La sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

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

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

E-mail/PEC \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

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

### **CHIEDE L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**

ai seguenti dati e/o documenti e/o informazioni prodotti e/o detenuti dall'ASL BARI ulteriori rispetto a quanto oggetto di pubblicazione obbligatoria- in base alla normativa vigente.

*(indicare l'oggetto del dato e/o del documento richiesti e, se noti, i loro estremi per una corretta assegnazione della domanda all'ufficio competente)*

---

---

---

Finalità della domanda *(informazione facoltativa)*

- a titolo personale
- per attività di ricerca o studio
- per finalità giornalistiche
- per conto di una organizzazione non governativa
- per conto di un'associazione di categoria
- per finalità commerciali



## AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

La/il sottoscritto è consapevole che l'accoglimento della presente istanza è subordinato all'eventuale buon esito della relativa istruttoria ed al rispetto delle esclusioni e dei limiti relativi alla tutela di interessi, privati o pubblici, giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art.5 bis del d. lgs. n.33/2013 e s.m.i. oltre che alle indicazioni fornite dagli organi competenti

### DICHIARA

- di conoscere le sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D. P.R. 445/2000, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";
- di voler ricevere quanto richiesto alternativamente (selezionare una delle seguenti opzioni):

al proprio indirizzo email/PEC \_\_\_\_\_

al seguente indirizzo \_\_\_\_\_  
mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

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

**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

\_\_\_\_\_