



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

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

RICHIESTA DI RIESAME – ATTIVAZIONE TITOLARE POTERE SOSTITUTIVO PER ACCESSO CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO

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

Al Responsabile della Prevenzione
della Corruzione e della Trasparenza
Titolare del potere sostitutivo

Lungomare Starita, n. 6 - ex CTO
70132 – Bari

anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it
direzionegenerale.aslbari@pec.rupar.puglia.it

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)*

In data ___/___/___ ha presentato richiesta di accesso civico

A. Semplice

riguardante

Tenuto conto che ad oggi quanto richiesto risulta ancora

non pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente” sul sito istituzionale ASL BARI

non ha ricevuto risposta

B. Generalizzato (c.d. FOIA)



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

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

riguardante _____

Tenuto conto che ad oggi

- non è pervenuta risposta
- l'istanza è stata accolta parzialmente con decisione comunicata con nota prot. n. _____ del ___/___/_____
- l'istanza è stata rigettata con decisione comunicata con nota prot. n. _____ del ___/___/_____

CHIEDE

A. nel caso di ACCESSO CIVICO SEMPLICE

alla S.V., in qualità di titolare del potere sostitutivo la pubblicazione del/di
(Specificare il documento/informazione/dato di cui è stata omessa la pubblicazione obbligatoria; nel caso sia a conoscenza dell'istante, specificare la norma che impone la pubblicazione di quanto richiesto)

nella sezione "Amministrazione trasparente" sul sito ASL BARI e la comunicazione al/alla medesima/a dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto forma oggetto di istanza

B. nel caso di ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

il riesame e/o l'attivazione del potere sostitutivo relativo alla suddetta istanza per le seguenti motivazioni

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

- con raccomandata A/R, con spese a proprio 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)

Luogo e data _____

Firma _____



ASL Bari

PugliaSalute

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

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

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 _____