

**Servizio/Struttura** .....  
Tel. .... Fax .....  
e.mail.....  
Prot. n. .... del.....

Al /alla Sig./ra

.....  
.....

**OGGETTO: Accoglimento dell'istanza di accesso** prot. n.....del .....

Con la presente si comunica L'ACCOGLIMENTO della richiesta di accesso agli atti presentata dalla S.V. in data..... ed acquisita al protocollo della ASL FG al n. ....

La S.V. potrà prendere visione / estrarre copia della seguente documentazione

**entro il**..... (*indicare un termine non inferiore a 15 giorni*) presso la Struttura / Servizio competente .....sita in..... alla Via ..... dalle ore.....alle ore.....previo appuntamento telefonico al seguente n.....

All'atto del ritiro la S.V. dovrà esibire un valido documento di riconoscimento e comprovare l'avvenuto versamento dei costi di riproduzione per €..... mediante esibizione della relativa ricevuta di pagamento degli stessi.

Il pagamento dovrà essere effettuato

- presso le Casse Ticket aziendali ;
- presso gli Uffici Postali tramite versamento sul c.c. postale n. 13084710

indicando come causale "rimborso spese accesso atti".

La Struttura/Servizio competente è.....

Il Responsabile del procedimento è .....

(tel.....fax.....e-mail.....)

Il Responsabile del Procedimento

(.....)

Il Dirigente Responsabile Struttura/Servizio

(.....)