

All' Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Telefono 06. 49901
Telefax 06.49387118

Oggetto della richiesta: Visione/Copia di atti e documenti

1. Il/la sottoscritto/a:
cognome..... nomeluogo e data di nascita.....
.....residenzarecapito telefonico.....documento
d'identificazione.....

2. Amministrazione richiedente (*nel caso sia un'amministrazione a effettuare la richiesta di accesso*).....ufficio di appartenenza.....

Motivo della richiesta.....
Indicazione dell'interesse alla visione/copia.....

3. Soggetto rappresentato e indicazione dei poteri di rappresentanza (*nel caso di richiesta d'accesso effettuata da un soggetto rappresentante*).....

Motivo della richiesta.....
Indicazione dell'interesse alla visione/copia.....
Generalita' dell'accompagnatore ed estremi del documento di identificazione

Documenti allegati a sostegno della richiesta
.....

CHIEDE

1) di prendere visione dei seguenti documenti amministrativi:
.....
.....

2) di ottenere copia dei seguenti documenti:
.....
.....

secondo le modalità e le tariffe indicate da codesto Istituto.

Indirizzo per le comunicazioni:
.....

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003: Dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e/o informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data,.....

Firma del richiedente

.....