



all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Giovanni Gronchi n°16
67100 – L'Aquila

RICHIESTA FORMALE DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI
(Ai sensi della L. 241/1990 e succ. mod. e del Regolamento di accesso agli atti dell'OMCeO di L'Aquila)

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov.(_____) il ____/____/____

residente a _____ Prov. (_____), CAP _____

in Via/P.zza _____ n° _____

Tel. _____ Fax _____, Cell _____

E – mail _____@_____

PEC _____@_____

*consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in qualità di **INTERESSATO***

CHIEDE

- di prendere visione
- di ricevere copia in carta libera

tramite e – mail/PEC al seguente indirizzo:

_____@_____

tramite fax al n: _____ / _____

- ritiro presso uffici di Segreteria
- di ritirare copia conforme presso la Segreteria

de __seguent__ documen _____

avvent_ per oggetto _____

emessa_ in data _____

La presente richiesta è motivata da:

La/il sottoscritto/a dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati e di essere stato informato che saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente richiesta viene presentata.

In attesa di una risposta entro 30 gg. dalla data della presente

L'Aquila li ____/____/____

Firma

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art.38 comma 3 del D.P.R. n° 445/2000, in presenza del:

Sig.ra/Sig. _____

(timbro e firma dell'incaricato)