

**Modulo n. 1**

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

Via Elio Chianesi n. 53

00144 Roma

c.a. Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Direttore UOC \_\_\_\_\_

**OGGETTO: richiesta di accesso agli atti**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

- diretto interessato (allegare copia documento)
- delegato (allegare delega e copia documento delegante e delegato)

**CHIEDE**

- di prendere visione
- di estrarre copia

dei seguenti documenti (indicare gli estremi del documento oltre agli elementi che ne consentano l'individuazione) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che i motivi della richiesta sono i seguenti (indicare obbligatoriamente l'interesse diretto, concreto ed attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale si chiede l'accesso) \_\_\_\_\_

---

Il rilascio di dati o documenti è gratuito, salvo il rimborso del costo sostenuto per la riproduzione da versare sul conto dell'Istituto, tramite bonifico, specificando nella causale "accesso agli atti": UNICREDIT Banca di Roma – : Agenzia 65, IFO,  
IBAN coordinate bancarie: IT 58J0200805316000400000886

- copia cartacea :  
€ 0.25 a pagine A4, € 0.50 a pagina A3,

In caso di estrazione di copia inviare i documenti a: (indicare le modalità di ritiro: mail, pec, ritiro presso la UOC competente) \_\_\_\_\_

Data

Firma