

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