

Modulo n. 3

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

Via Elio Chianesi n. 53

00144 Roma

c.a. Dott./Dott.ssa _____

Direttore UOC _____

E p.c. Al Responsabile della Trasparenza ed
Anticorruzione.

OGGETTO: richiesta di accesso civico generalizzato.

il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Comune _____

documento di riconoscimento _____

telefono _____ fax _____ cellulare _____

_____ e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

in adempimento alle disposizioni di cui all'art. 5, comma 2, del D. Lgs n. 33 del 14 marzo 2013, il
rilascio dei seguenti dati/informazioni/documenti:

per via telematica al proprio indirizzo di posta elettronica/PEC:

con ritiro presso codesta struttura

Si allega copia del documento di identità.

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;

Data

Firma

