A.S.L. CN1

Sede legale ASL CN1
Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)
P.IVA 01128930045
T. 0171.450111
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

SC Medicina Legale
Direttore Dr. Massimiliano Meli
Telefono: 0171/450476
e-mail: medicina.legale@aslcn1.it

DOMANDA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI
PRESSO S.C. MEDICINA LEGALE
(L. 241/1990 – D.P.R. 184/2006)

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di

☐ Diretto interessato

☐ Rappresentante in forza di delega rilasciata da _____

_____

in data _____

oppure

☐ Rappresentante

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 di essere:

☐ esercente la potestà genitoriale del sig./sig.ra _____ ;

☐ tutore del minore sig./sig.ra _____ ;

☐ tutore dell'interdetto/a sig./sig.ra _____ ;

☐ amministratore di sostegno del sig./sig.ra _____ ;

☐ erede del sig./sig.ra _____ ;

☐ legale rappresentante dell'ente/società/ditta _____

_____ ;

☐ coniuge e dichiara, inoltre che l'intestatario della documentazione è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;

☐ figlio/a (solo in assenza del coniuge) e dichiara, inoltre che l'intestatario della documentazione è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute;

☐ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (solo in assenza del coniuge e del figlio dell'intestatario) e dichiara, inoltre, che l'intestatario della documentazione è temporaneamente impedito alla sottoscrizione per ragioni connesse allo stato di salute.

di:

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ grado di parentela

(specificare) _____ residenza (se diversa) _____

_____ codice fiscale _____

CHIEDE

1. Di prendere visione: personalmente ☐ - accompagnato da ☐ _____
2. Il rilascio di copia semplice ☐
3. Il rilascio di copia autentica[1] ☐

dei sottoindicati documenti amministrativi

☐ Verbale di riconoscimento Invalidità Civile/Handicap del_____

☐ Verbale di riconoscimento Cecità Civile/Sordo del _____

☐ Certificato medico della CML sede di _____ del _____

☐ Altro _____

_____

per i seguenti motivi (specificare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CHIEDE, altresì

☐ di ritirare la documentazione personalmente presso la Struttura di Medicina Legale di _____;

☐ di ricevere la documentazione mediante il servizio postale o tramite PEC al seguente indirizzo:

_____

☐ ritirato da persona delegata (si allega DELEGA)

_____

[1] allegare marche da bollo per assolvere all'imposta secondo la legislazione vigente

ALLEGA alla presente richiesta la seguente documentazione, comprovante il proprio interesse ad esercitare il diritto d'accesso e, occorrendo, l'esistenza dei propri poteri rappresentativi:

1) _____

2) _____

Data _____ Firma (per esteso) _____

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. – Via Carlo Boggio n. 12 – 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Data _____ Firma (per esteso) _____

Parte da compilare a cura dell'Ufficio che riceve la dichiarazione

Attesto che l'istanza sopra riportata è stata sottoscritta e depositata in mia presenza dal Sig. _____

identificato con documento di identità n. _____ rilasciato il _____ da _____

Data _____ Il dipendente addetto _____

Tabella dei costi di ricerca, visura e di riproduzione

Documento richiesto	Costo di riproduzione	Trasmissione documento	Diritto di ricerca
Verbale di riconoscimento Invalidità Civile/Handicap/Cecità Civile/Sordo Certificato medico della CML	**€ 6,32** a verbale DGR Piemonte 01-02-2002	a carico del richiedente da pagare con contrassegno	I costi di ricerca sono pari a: 1) **€ 0,50** se la documentazione è presso l'archivio corrente; 2) **€ 3,00** se la documentazione è presso l'archivio di deposito; 3) **€ 5,00** se la documentazione risale a 10 anni prima della richiesta.
Altro	**€ 0,30** a foglio Il foglio è costituito da 2 facciate (fotocopiate avanti/retro)		

L'importo dovrà essere pagato presso le **Casse dell'Azienda** (Uffici abilitati alla riscossione di denaro) oppure tramite **bonifico bancario**: beneficiario ASL CN1 - codice IBAN IT61F 03069 102131 00000300023 - Banca INTESA Sanpaolo, filiale di Cuneo, Via Roma 13/B.

Per importi inferiori ad euro 0,50 non è dovuto alcun rimborso.

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente modulo serve per esercitare il "diritto di accesso ai documenti amministrativi" ai sensi e per gli effetti della L. 241/1990 e del Regolamento aziendale adottato in materia, quest'ultimo a disposizione sul sito istituzionale www.aslcn1.it. Il diritto di accesso assicura a tutti i cittadini, singoli o associati, il diritto di prendere visione e/o ricevere copia dei documenti indicati dagli interessati.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

- Persone fisiche o giuridiche che abbiano un interesse personale, diretto, concreto ed attuale per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti;
- I soggetti legittimati a partecipare e/o intervenire al procedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 241/1990;
- Associazioni e comitati portatori di interessi diffusi o collettivi che dimostrino di essere titolari di un interesse concreto alla conoscenza degli atti del procedimento o del provvedimento finale per la cura e la tutela di una situazione soggettiva giuridicamente rilevante direttamente riconnessa ai loro scopi statutari.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo debitamente compilato e firmato potrà essere:

- inviato da casella di posta elettronica ordinaria o da PEC al seguente indirizzo e-mail protocollo@aslcn1.legalmailPA.it
- spedito per posta ai seguenti indirizzi delle Sedi territorialmente competenti di S.C. Medicina Legale:

  Sede Centrale di CUNEO – C.so Francia 10

  Sede periferica di SAVIGLIANO – Via Torino 137

  Sede periferica di MONDOVI' – Ospedale di Mondovì - Via San Rocchetto 99, piano terra

Avvertenze

Alla richiesta deve essere allegata fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente. In caso di delega è necessario allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante.

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

La documentazione può essere:

- ritirata di persona dal richiedente;
- ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, il proprio documento d'identità e fotocopia del documento di identità del delegante.

La modalità scelta per il ritiro va espressamente indicata sul modulo dell'istanza.

TEMPO DI RISPOSTA: entro 30 gg dalla richiesta