

**DOMANDA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI  
(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  Il rilascio di copia autentica<sup>1</sup>

**dei sottoindicati documenti amministrativi**

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

**CHIEDE, altresì**

<sup>1</sup> allegare marche da bollo per assolvere all'imposta secondo la legislazione vigente

- di ritirare la documentazione personalmente presso la Struttura che detiene la documentazione richiesta;
- di ricevere la documentazione mediante il servizio postale o tramite PEC al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

**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 il 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](mailto: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 su supporto:	Costo di riproduzione	Trasmissione documento via		Diritto di ricerca
		Posta	Fax	
1. CARTACEO	0,30 € a foglio (vedi nota(*))	Spese postali a carico del richiedente da pagare con contrassegno	0,20 € a facciata	Vedi nota (**)
2. INFORMATICO	0,30 € a foglio			
	€ 2,00 per il supporto digitale			

(\*) Il foglio è costituito da 2 facciate (fotocopiate avanti/retro)  
 (\*\*) 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.  
 La richiesta di **copia della cartella sanitaria territoriale-ambulatoriale** è subordinata al costo di ricerca solo nel caso di cui al punto 3) ed il rimborso richiesto non potrà comunque eccedere l'importo di € 15,00.  
 L'importo dovrà essere pagato tramite le **Casse dell'Azienda** (Uffici abilitati alla riscossione di denaro) oppure tramite **c/c postale nr. 11758125** indicando quale causale "Accesso L. 241/1990".  
 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](http://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 statuari

### **COME FAR AVERE IL MODULO ALL’ASL CN1**

Il modulo può essere indirizzato alla sede legale dell’ASL CN1, in via C. Boggio 12, 12100 Cuneo con indicazione – se conosciuta – della Struttura Aziendale che ha emesso e/o detiene la documentazione

- a) firmato in presenza del dipendente addetto dell’ufficio Protocollo, al quale è consegnato
- b) firmato e spedito per posta, telefax , da PEC all’indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)
- c) firmato digitalmente e trasmesso all’indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)

### **Avvertenze**

- *Alla richiesta inviata con le modalità indicate al punto b) 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 TEMPI DI RISPOSTA**

*Il documento richiesto può essere:*

- *ritirato di persona dal richiedente*
- *ricevuto per posta, con spese a carico del richiedente*
- *ritirato da persona delegata, che dovrà esibire delega scritta, proprio documento d’identità e fotocopia del documento di identità del delegante.*
- *Nel caso in cui il richiedente desideri avere riscontro tramite invio telematico ma non disponga di indirizzo Pec, le modalità di trasmissione dovranno essere preventivamente concordate con la Struttura di competenza, che, in caso di trasmissione di dati sensibili, dovrà tener conto anche delle disposizioni del DPCM 08.08.2013*

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

TEMPO DI RISPOSTA: 30 GG –