

**Al Direttore SdS Zona F.na Nord Ovest  
Via A. Gramsci, 561  
50019 Sesto Fiorentino (FI)**

**Oggetto : Richiesta di accesso agli atti (Legge 241/90)**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
nella sua qualità \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di prendere visione
- di ottenere copia
- di ottenere copia conforme all'originale

dei sotto indicati atti :

---

---

---

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

---

---

---

Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 675/96 e successive modifiche sulla tutela dei dati personali

\_\_\_\_\_  
Firma

Si prega di allegare documento di identità

Si informa che per il diritto di riproduzione, sia cartaceo che digitale, è necessario il pagamento di € 0,25/pagina, stabilendo in € 1,00 la somma al di sotto della quale il diritto di riproduzione non verrà applicato.

Il pagamento sarà da effettuarsi mediante versamento su c/c n. IT 87 Q 06160 02832 000000534C01 intestato a Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest, indicando quale causale : Diritti di riproduzione per accesso atti