

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 26 Z 0306902887100000046041 intestato a Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest.