

ALL'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BENEVENTO

RICHIESTA DI ACCESSO A DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

(Legge 241 del 7.8.1990 e successive modifiche e integrazioni- D.P.R. 184 del 12-4-2006)

Dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

La/il sottoscritta/o

COGNOME * _____ NOME _____ *

NATA/O * _____ RESIDENTE IN _____ * PROV ()

VIA _____ N. _____

e mail _____ tel. _____

IN QUALITÀ DI :

- ☐ diretto interessato
☐ delegato
☐ legale rappresentante della persona giuridica/associazione denominata:

_____ **CHIEDE**

ai sensi dell'art. 22 e seguenti della L. 241/90 e successive modifiche e integrazioni di potere esercitare il proprio diritto d'Accesso ai documenti amministrativi mediante:

- ☐ consultazione

rilascio di copia :

- ☐ semplice
☐ conforme all'originale (soggetta ad imposta di bollo ai sensi del D.P.R 642/1972 e s.m.i.)

del seguente documento amministrativo (N.B.: indicare dettagliatamente l'atto o i documenti richiesti o fornire ogni riferimento utile per la sua individuazione):

per la seguente motivazione:

CHIEDE

di ricevere i documenti:

- ☐ a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo: _____
- ☐ ritirandoli personalmente presso l'Ufficio competente;
- ☐ a mezzo posta al seguente indirizzo: _____

- ☐ tramite fax al seguente numero: _____

Le informazioni e l'eventuale Accesso ai documenti si richiedono presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Benevento, viale Mellusi 168 – Benevento nei giorni e orari di apertura degli Uffici (consultabili sul sito web www.ordinemedicibenevento.it).

DICHIARA

(consapevole che ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso nei casi previsti dalla stessa normativa, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che i benefici eventualmente conseguiti in seguito al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, decadono).

- che, ai sensi del comma 1, lett. b) dell'art. 22 della legge 7/8/1990 n. 241, sussiste il seguente interesse diretto, concreto e attuale inerente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'Accesso

- di essere delegato da: *(allegare delega e documento di identità del delegante)*

Dichiara altresì:

- ☐ di essere a conoscenza che qualora l'Ente individui soggetti controinteressati, di cui all'art. 22., co.1, lettera c), della legge 7 agosto 1990, n. 241, darà comunicazione della richiesta agli stessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento, o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione.

Entro dieci giorni dalla ricezione di detta comunicazione, i controinteressati potranno presentare motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di Accesso. Decorso tale termine, la Pubblica Amministrazione provvederà di conseguenza sulla richiesta, accertata la ricezione della comunicazione di cui sopra.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.Lgs. 196/2003

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Benevento in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, La informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per il riconoscimento del diritto d'Accesso, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamentari vigenti.

I dati possono essere comunicati ai soggetti Istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'Accesso. I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

I dati da Lei forniti potranno essere utilizzati al fine della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal DPR. 445/2000 (cd. T.U. sulla documentazione amministrativa, recante norme sulla autocertificazione).

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità.

Data, _____

Firma del Richiedente
