

RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

(art. 32 della legge provinciale 30 novembre 1992, n. 23 e D.P.P. 5 luglio 2007, n. 17-97/Leg.)

Alla AZIENDA PROV.LE PER I SERVIZI SANITARI

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

fax _____

CHIEDE

- ☐ LA VISIONE
- ☐ LA RIPRODUZIONE MANUALE
- ☐ L'ESTRAZIONE DI COPIA SEMPLICE
- ☐ L'ESTRAZIONE DI COPIA AUTENTICA ¹
- ☐ L'ESPERIMENTO CONGIUNTO DELLE SOPRA CITATE MODALITA' DI ACCESSO

del/i seguente/i documento/i ²:

1. _____
2. _____
3. _____

per la seguente motivazione ³:

mediante (da compilarsi solo in caso di richiesta di copie) ⁴:

- ☐ consegna al sottoscritto richiedente;
- ☐ consegna al Sig. _____ autorizzato al ritiro dei documenti;
- ☐ trasmissione tramite servizio postale in contrassegno al seguente indirizzo _____
- ☐ _____
- ☐ trasmissione tramite fax al n. _____
- ☐ trasmissione all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto _____
_____ (indicare in stampatello il nome del dipendente)
- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

* * *

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

¹ Il rilascio di copie conformi all'originale (copie autentiche) è soggetto all'obbligo di apposizione del bollo di Euro 16,00 ogni quattro facciate. A decorrere dal 1° settembre 2007 le marche da bollo cartacee sono definitivamente sostituite dal contrassegno telematico. L'imposta relativa è pagata o tramite intermediario convenzionato con l'Agenzia delle entrate, che rilascia l'apposito contrassegno in via telematica, o in modo virtuale, versando l'imposta all'ufficio della stessa Agenzia delle entrate o ad altri uffici autorizzati o tramite pagamento con c/c postale. In conformità a quanto previsto dall'Agenzia delle Entrate - Direzione Centrale con nota prot. n. 2001/162593 di data 4 ottobre 2001, nel caso in cui l'interessato richieda copia autentica della documentazione, anche la richiesta di accesso è soggetta all'imposta di bollo.

² Indicare gli estremi del documento (es. numero e data; n. protocollo) e altri elementi che ne consentano l'identificazione.

³ Indicare in modo chiaro e dettagliato l'interesse diretto, concreto e attuale, che deve essere corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso. Ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.P.P. 5 luglio 2007, n. 17-97/Leg., per i soggetti legittimati alla partecipazione ai sensi dell'art. 24 della L.P. 23/92 (destinatari diretti del provvedimento finale e soggetti che per legge debbono intervenire nel procedimento), la motivazione non è necessaria.

⁴ Ai sensi dell'art. 32 della L.P. 23/92 il rilascio della documentazione è subordinato al rimborso dei costi di riproduzione e trasmissione della medesima. Gli importi dovuti, nella misura quantificata dall'amministrazione, sono stati determinati con deliberazione del Sostituto del Direttore Generale n. 643/2013 e devono essere corrisposti non oltre il momento del ritiro delle copie secondo le modalità indicate dagli uffici competenti al rilascio. Qualora il richiedente intenda ricevere la documentazione tramite il servizio postale, con spese postali a suo carico, la somma dovuta verrà riscossa mediante contrassegno postale.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLA
QUALITÀ DI LEGALE
RAPPRESENTANTE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**
(articolo 46, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (provincia) (giorno, mese, anno)

e residente a _____ in _____
(luogo) (indirizzo)

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

di essere

(legale rappresentante, tutore, curatore o amministratore di sostegno)

di _____

(indicare la persona fisica o giuridica rappresentata)

luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO₁

1 La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste e destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi.

**DIRITTO D'ACCESSO DOCUMENTALE
INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Art. 13 Regolamento UE 2016/679

- I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), in base agli artt. 6, par. 1, lett. e) e 9, par. 2, lett. g), Regolamento Ue 2016/679 e agli artt. 2-ter, par. 1 e 2 sexies, par. 2, lett. a), D.Lgs 196/2003 ed, in particolare, per la gestione da parte di APSS della richiesta di accesso documentale (Legge provinciale n. 23/1992 e D.P.P. 5 luglio 2007, n. 17-97/Leg).
- Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
- Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, i dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici, secondo le modalità previste dal D.P.R. 445/2000.
- Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente specificamente autorizzato ed istruito. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per APSS, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
- È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
- I dati personali forniti verranno conservati per il tempo previsto nel Piano di conservazione, allegato al manuale di gestione, disponibile nel sito internet APSS <https://www.apss.tn.it/privacy>.
- I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.
- Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) con sede in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'Ufficio rapporti con il pubblico (URP) sito a Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 urp@apss.tn.it.
- Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente della struttura destinataria della presente richiesta di accesso documentale.
- L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 – 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it
- L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

Firma _____