

RICHIESTA ACCESSO AGLI ATTI E AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI
EX ARTT. 22 e ss. LEGGE N. 241/1990

Data _____

Prot. n. _____

(A cura dell'Ufficio)

**Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari
Via Michele Coppino, 26
07100 SASSARI**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
 (_____) il ____/____/____ residente a _____ (_____) in
 Via/C.so/P.zza _____ n. _____ documento di identità (tipo e
 numero) _____ codice fiscale _____
 cittadinanza _____ recapito telefonico _____

PRESENTA FORMALE RICHIESTA PER L'ACCESSO AI SEGUENTI DOCUMENTI:

[illegible]

Mediante (*barrare la voce che interessa*):

	VISIONE DEGLI ATTI
	ESTRAZIONE DI COPIA SEMPLICE
	ESTRAZIONE DI COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

**Interesse giuridicamente rilevante (motivazione della richiesta):**

A tal fine, essendo a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, sui relativi controlli e sulla conseguente decadenza dei benefici in caso di verifica di dichiarazioni non veritiere,

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere:

☐	DIRETTO INTERESSATO
☐	LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA/SOCIETÀ/ENTE _____
☐	DELEGATO/INCARICATO da _____
☐	ALTRO (SPECIFICARE) _____

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dell'esistenza dei seguenti CONTROINTERESSATI:

DATA ____/____/____

FIRMA _____

Salvo che la richiesta sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, ALLEGARE copia del documento di riconoscimento valido del richiedente.

Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari

Via M. Coppino, 26 - 07100 Sassari

Tel. 079 2830630 Fax 079 2830637

P. Iva **02268260904**

www.aousassari.it

direzione.generale@aousassari.it