

**MODULO PER LA RICHIESTA DI
ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**



RICHIESTA DI ACCESSO GENERALIZZATO (art. 5, comma 2, D.Lgs. n. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a cognome* _____ nome* _____

nato/a* _____ (prov. _____) il _____ residente

in* _____ (prov. _____) via _____ n. _____

e-mail _____ cell. _____ tel. _____

CHIEDE

☐ il seguente documento

.....
.....
.....

☐ il seguente dato/informazioni

.....
.....
.....

DICHIARA

☐ di voler ricevere quanto richiesto, personalmente presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, oppure al proprio indirizzo di posta elettronica _____, oppure al seguente n. di fax _____, oppure che gli atti siano inviati al seguente indirizzo _____ mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico.

(Si allega copia del proprio documento d'identità)

[] DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link: https://www1.ordinemediciroma.it/images/URP/infor_richieste_accesso.pdf

Data e luogo _____

Firma leggibile _____

*Dati obbligatori