A.S.L. ROMA G

S.O.S URP Aziendale
Tel. 0774/3164657
Tel./Fax 0774/3164658
www.aslromag.it
urp@aslromag.it

MODULO PER LA DOMANDA DI ACCESSO AGLI ATTI EX LEGGE 241/90 s.m.i.

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Telefono _____

Nella persona : ☐ dell'interessato

☐ di un delegato

CHIEDE

☐ di prendere visione

☐ di ottenere copia semplice

☐ di ottenere copia autentica

Oggetto e motivazione della richiesta

_____

_____

_____

_____

Data _____

_____

Firma leggibile