

**Oggetto: Accesso ordinario agli atti - Domanda**

Ai sensi della L. 241/90 e ss. mm. e ii., nonché del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a:

cognome	
nome	
nascita a	il
residente in via	
Comune	
diverso indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni:	
posta elettronica	

CHIEDE (selezionare la voce che interessa):

- di prendere visione     di ottenere copia semplice     di ottenere copia conforme  
del seguente atto: \_\_\_\_\_.

(compilare in maniera leggibile, con tutte le informazioni utili, se conosciute, per facilitarne la ricerca).

DICHIARA di richiedere i documenti indicati in qualità di:

- diretto interessato \_\_\_\_\_ (indicare gli estremi del documento di identità (se la richiesta è inviata per posta o per fax, allegare la fotocopia del documento di identità)
- legale rappresentante \_\_\_\_\_  
(allegare la documentazione che comprovi il rapporto di rappresentanza)
- procuratore da parte di \_\_\_\_\_  
(allegare la lettera di procura in carta semplice accompagnata dalle fotocopie dei documenti di identità di chi l'ha rilasciata e del richiedente l'accesso)

per i seguenti motivi:

1
2
3

(fornire all'amministrazione tutte le informazioni necessarie a valutare se il richiedente abbia un interesse, come richiesto dalla legge per esercitare il diritto di accesso)

Preso atto che:

- la presa visione della documentazione è gratuita;
- il rilascio di copia semplice o estratto è subordinato al pagamento dei costi di riproduzione, come indicato nella C.M. 163/1993;
- il rilascio di copia conforme o estratto è subordinato al pagamento dei costi di riproduzione e dell'imposta di bollo a valore vigente (attualmente pari a € 14,62),

il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a che:

- i dati personali forniti attraverso la compilazione di questo modulo saranno trattati al solo scopo di dare esecuzione alla sua richiesta;
- come previsto dagli articoli 7 e 13 del D.Lgs 196/03, ha diritto di avere conferma dell'esistenza di dati che lo riguardano, di modificarli o aggiornarli, di cancellarli o opporsi per motivi legittimi al loro trattamento;
- il titolare del trattamento è l'I.I.S. "P.A. FIOCCHI" - via Belfiore, 4 - 23900 Lecco (LC),

e dichiara di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi dell'art.23 del D.Lgs 196/03.

luogo e data: \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

-----

**DA COMPILARSI AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DEGLI ATTI**

Il/la sottoscritto/a ..... dichiara (barrare la voce che interessa):

<input type="checkbox"/> di aver preso visione dei documenti richiesti;
<input type="checkbox"/> di aver ricevuto copia dei documenti richiesti;
<input type="checkbox"/> di aver ricevuto copia della comunicazione del Dirigente di diniego / differimento di accesso agli atti.

Lecco, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_