

All'Agenzia Tutela della Salute  
(A.T.S.) di Pavia  
Viale Indipendenza n. 3  
27100 PAVIA  
Al Responsabile del procedimento  
.....  
(se conosciuto)

Oggetto: Richiesta di accesso ai documenti amministrativi (L. 241/1990 e succ. mod. ed integrazioni - DPR 184/2006)

Il richiedente:

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... Via .....

Telefono .....

In qualità di:

- diretto interessato
- legale rappresentante di.....(allegare documentazione)
- altro .....(specificare se tutore, genitore, erede, ecc.)

**CHIEDE**

- di prendere visione e trascrivere tutto o in parte
- di ottenere copia
- di ottenere una copia autenticata

dei sotto indicati documenti amministrativi:

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

per i seguenti motivi: (specificare l'interesse giuridicamente rilevante connesso all'oggetto della richiesta)

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

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione è resa (ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003 e succ. mod. ed integrazioni).

Luogo .....

Data .....

Firma del richiedente

.....