

***RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO***

*(ai sensi dell'art. 5, co. 2 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33)*

- **ALL'UFFICIO CUP:** *consegna brevi manu*
- **AL RPCT**
- **E-MAIL:** [info@icmspa.it](mailto:info@icmspa.it)
- **PEC:** [istitutoclinicomediterraneo@pec.it](mailto:istitutoclinicomediterraneo@pec.it)
- **POSTALE:** Racc.ta A/R Via  
dell'Elettronica, 1, -86077 -Pozzilli (IS)

Il/La sottoscritto/a Nome\* \_\_\_\_\_ Cognome\* \_\_\_\_\_

Nato/a a\* \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in\* \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

E-mail/PEC \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di (*indicare la qualifica solo se si agisce in nome e/o per conto di una persona giuridica*)

**CHIEDE L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**

Ai seguenti dati e/o documenti detenuti dall'amministrazione (*indicare l'oggetto del dato e/o del documento richiesti e, se noti, i loro estremi per una corretta assegnazione della domanda all'ufficio competente*)

---

---

---

## DICHIARA

- Di conoscere le sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”;
- di voler ricevere quanto richiesto alternativamente (selezionare una delle seguenti opzioni):

al proprio indirizzo e-mail/PEC

\_\_\_\_\_

al seguente indirizzo

\_\_\_\_\_ mediante raccomandata

con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico

Luogo \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*(Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità. Il documento non va trasmesso se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata o con firma elettronica avanzata e se inoltrata dal domicilio digitale (PEC-ID). Il documento di identità deve essere allegato anche in caso di trasmissione dell'istanza a mezzo posta elettronica certificata). (Art. 65 del d.lgs. 82/2005)*

L'istanza deve essere inviata con le seguenti modalità tra loro alternative:

- all'indirizzo di posta elettronica certificata [istitutoclinicomediterraneo@pec.it](mailto:istitutoclinicomediterraneo@pec.it)
- all'indirizzo postale a mezzo Racc.ta A/R: Via dell'Elettronica, 1, -86077 -Pozzilli (IS)
- presentata e consegnata *brevi manu* direttamente all'Ufficio CUP

**Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679)**

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge. I dati saranno trattati dalla Società **ICM Istituto Clinico Mediterraneo S.p.A.**, in qualità di Titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell'informativa completa pubblicata sul sito [Società trasparente - Istituto Clinico Mediterraneo \(icmspa.it\)](http://Società trasparente - Istituto Clinico Mediterraneo (icmspa.it)) ([Informativa sulla privacy](#))

Luogo \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

