***Al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza***

 ***dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di L’Aquila***

*Via Giovanni Gronchi,16 67100 L’Aquila*

*PEC: segreteria.aq@pec.omceo.it*

**F.O.I.A. – ISTANZA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**

**(per documenti, dati e informazioni non soggetti a obbligo di pubblicazione)**

**(Art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013)**

**Il/La sottoscritto/a**

 **COGNOME \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NATA/O \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RESIDENTE IN \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROV (\_\_\_\_\_) VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_**

 **e-mail/PEC\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (indicare la qualifica solo se si agisce in nome e/o per conto di una persona giuridica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* dati obbligatori**

**CHIEDE**

**l’accesso civico generalizzato ai seguenti documenti, dati o informazioni detenuti dell’OMCeO L’Aquila**

**(art. 5, comma 2, D.Lgs. 33/2013)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Documento*** |  |  |
|  | *descrizione del contenuto\** |
|  |  |  |  |  | / / |  |  |
|  | *autore* |  | *destinatario* |  | *data* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Dato*** |  |  |
|  | *descrizione del contenuto\** |
|  |  |  | *dal / / al / /* |
|  | *fonte del dato (es., denominazione della banca dati)* |  | *periodo di riferimento* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Informazione*** |  |  |
|  | *descrizione del contenuto\** |
|  |  |  | *dal / / al / /* |
|  | *fonte (es. pagina web dove l’informazione è citata)* |  | *periodo di riferimento* |

*Finalità della domanda (informazione facoltativa)*

* *a titolo personale*
* *per attività di ricerca o studio*
* *per finalità giornalistiche*
* *per conto di un’organizzazione non governativa*
* *per conto di un’associazione di categoria*
* *per finalità commerciali*

**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 email/PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* I campi contrassegnati con l’asterisco sono obbligatori

(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 *segreteria.aq@pec.omceo.it* *;*

- all’indirizzo postale: dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di L’Aquila - Via Giovanni Gronchi,16 67100 L’Aquila;

- presentata direttamente alla Segreteria OMCeO L’Aquila.

**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 dall’Autorità nazionale anticorruzione, in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell’informativa completa pubblicata sul sito dell’Autorità (Informativa sulla privacy.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_