CENTRO MEDICO
DI DIAGNOSTICA
E RIABILITAZIONE

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**
- **PEC:** cmr_spa@legalmail.it
- **POSTALE:** Racc.ta A/R Via Pennino, Trav. Mustilli, snc, -82019 -Sant'Agata dei Goti (BN)

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*)

_____

_____

_____

che in base alla normativa vigente non risulta pubblicato nella sezione "Società trasparente" sul sito Società trasparente - CMR SpA

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 cmr_spa@legalmail.it
- all'indirizzo postale a mezzo Racc.ta A/R: Via Pennino, Trav. Mustilli, snc, -82019 -Sant'Agata dei Goti (BN)
- 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 **CMR- Centro Medico di diagnostica e riabilitazione 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 - CMR SpA (***Informativa sulla privacy***)

Luogo_____il___/___/_____Firma_____