



**ALLEGATO N. 3**

Alla Struttura organizzativa dell'ASL BT

(per l'invio per posta certificata: protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it)

\*

**Oggetto: richiesta di accesso generalizzato ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.lgs. n. 97/2016.**

Io sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo posta elettronica ordinaria \_\_\_\_\_  
Indirizzo posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016

\*\*

- i dati
- le informazioni
- i documenti

A tale fine specifico che

-Il dato o l'informazione richiesti riguardano \_\_\_\_\_

-Il documento richiesto è il seguente \_\_\_\_\_

Dichiaro di voler ricevere ogni comunicazione inerente la presente domanda al seguente indirizzo\*\*\*:

- posta elettronica (certificata e/o non certificata)

- posta \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di:

autorizzare l'ASL BT, con la firma, apposta in calce alla presente richiesta di accesso, a trattare i dati a norma del D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018 (Codice Privacy) ed a rendere note, anche attraverso il Registro degli accessi, le loro elaborazioni ed in generale tutti i risultati dei trattamenti dei dati stessi in una forma che non consenta la mia identificazione.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)



ASL BT

PugliaSalute