

All. 1

All'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Via della Vecchia Ceramica, 1
33170 PORDENONE

asfo.protgen@certsanita.fvg.it (per invii da PEC) [p
protocollo@asfo.sanita.fvg.it](mailto:protocollo@asfo.sanita.fvg.it) (per invii da e-mail)

**RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI
(LEGGE 7 Agosto 1990 n. 241 smi)**

**Anche con finalità di autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
ex artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

per sé oppure in qualità di: Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale

Erede

di:

Nome e cognome _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Consapevole delle sanzioni previste per le false dichiarazioni,

CHIEDE

di prendere visione

copia semplice

copia autenticata (applicare marca da bollo)

dei sottoindicati documenti amministrativi (tipo di documento – riferimenti per l'individuazione):

per i seguenti motivi: _____

Chiede, altresì, che la documentazione richiesta venga:

- messa a disposizione per il ritiro da parte del sottoscritto/a
- messa a disposizione per il ritiro da parte del seguente delegato/a:

sig./ra _____ (*cognome e nome*) nato/a il _____
a (luogo nascita) _____
Documento di identificazione: Tipo _____ N° _____ Scadenza _____
Emesso da _____

- spedita via posta racc. AR al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

- spedita via PEC al seguente indirizzo: _____

(luogo) _____, (data) _____

Firma del richiedente _____

Allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente
- Fotocopia del documento di riconoscimento del/la delegato/a