

ALLEGATO B
Modello della richiesta di accesso

Spett.le Ordine delle Professioni Infermieristiche
Corso Cavour 96 – 62100 Macerata

Il sottoscritto _____,
nato a _____ il ____ / ____ / ____
e residente a _____,
via (piazza) _____, n. _____
cap _____, tel. _____ fax _____
cell. (eventuale) _____,
doc. identificazione _____,
in qualità di (*) _____,

(*) Se rappresentante di terzi allegare delega e copia del documento di riconoscimento

CHIEDE

di prendere **visione** dei seguenti documenti/procedimenti:

di estrarre **copia** dei seguenti documenti/procedimenti (previo pagamento dei costi di riproduzione di cui all'allegato D del Regolamento per il diritto di accesso di questa Federazione):

La richiesta è supportata dalla tutela delle seguenti situazioni giuridicamente rilevanti:

a) _____

b) _____

c) _____

Data, _____

Firma _____

Qualora sia espresso un provvedimento di rifiuto, limitazione differimento dell'accesso o sia inutilmente trascorso il termine di 30 gg dalla richiesta di accesso formale, è possibile presentare ricorso al TAR territorialmente competente.