

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (c.d. FOIA)
(ai sensi dell'art. 5, co. 2, del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33)

**All'Ordine delle Professioni Infermieristiche
di Macerata**

Corso Cavour, 96 – 62100 Macerata
macerata@cert.ordine-opi.it

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)

Ambito a cui afferiscono i dati e documenti richiesti:

- Organizzazione e funzionamento dei servizi
- Organi di indirizzo politico
- Personale
- Consulenti e collaboratori
- Risorse finanziarie, attività contrattuale, gestione patrimonio
- Banche dati
- Atti e provvedimenti
- Contratti pubblici
- Attività istituzionale / Trasparenza,
- Attività istituzionale / Anticorruzione
- Altro

Finalità della domanda (informazione facoltativa):

- a titolo personale
- per attività di ricerca o studio
- per finalità giornalistiche
- per conto di una 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

personalmente presso gli uffici dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata

in formato digitale (munirsi di CD o chiave USB)

in formato cartaceo

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)

* dati obbligatori

L'istanza deve essere inviata con le seguenti modalità tra loro alternative:

- all'indirizzo di posta elettronica certificata macerata@cert.ordine-opi.it
- all'indirizzo postale: Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata – Corso Cavour, 96 62100 Macerata
- via fax al n. 0733/269863
- presentata direttamente presso la Segreteria dell'Ordine

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'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata, in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell'informativa completa pubblicata sul sito dell'OPI che, con la sottoscrizione della presente, si intende letta, integralmente compresa ed accettata.

[\(Informativa sulla privacy\)](#)

Luogo e data _____ Firma _____