**MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI**

**D.L.vo 196/2003 e s.m.i.**

IL PRESENTE MODELLO DEBITAMENTE COMPILATO PUO' ESSERE CONSEGNATO O INVIATO SOLO PRESSO L'UFFICIO SOTTOELENCATO. INOLTRE E'PRESENTE SUL SITO WEB: *www.aslto3.piemonte.it*

*S.C. Affari Generali*
Via Martiri XXX Aprile, 30 10093
**COLLEGNO**
Tel. 011/4017256 - Fax. 011/4017266
*aslto3cert.aslto3.piemonte.it*

**SPAZIO RISERVATO PER TIMBRO PROTOCOLLO**

***(si prega di scrivere in stampatello)***

Il/la sottoscritto/a _____nato/a _____ (_____) il_____ residente _____(_____) in Via/C.so/P.zza_____n._____documento di identità (tipo e numero)_____ codice fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ cittadinanza (indicare se diversa da quella italiana _____ recapito telefonico_____e-mail_____

**PRESENTA FORMALE RICHIESTA PER**

ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati **e in particolare richiede:**

*(crocettare la voce o le voci che interessano)*

❒ l'origine dei dati personali;

❒ le finalità e le modalità del trattamento dei dati;

❒ gli estremi identificativi del titolare e del responsabile del trattamento, ai sensi dell'articolo 5, comma 2 del D.Lgs. 196/2003;

❒ i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza.

**A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE:**

*(compilare la voce che interessa)*

❒ **diretto interessato**

❒ **erede di**_____deceduto a _____ il_____(*indicare il grado di parentela*)_____

❒ **genitore del minore**_____nato a _____ (_____) il_____ residente a_____(____) Via/C.so/P.zza_____n_____ codice fiscale del minore ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

❒ **tutore o curatore di**_____nato/a _____ (_____) il_____ residente a_____) Via/C.so/P.zza_____n_____ codice fiscale del tutelato ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

❒ **parente/coniuge di** (indicare nominativo)_____nato/a _____(_____) il_____ residente a _____(____)Via/C.so/P.zza_____n_____ codice fiscale ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ grado di parentela_____temporaneamente impossibilitato firmare per motivi di salute.

Data_____ FIRMA _____

Nel caso di invio a mezzo posta o fax o mail dovrà essere allegata la copia del documento di riconoscimento valido del richiedente. Nel caso in cui la richiesta sia avanzata dal tutore, curatore, parente o coniuge è necessario esibire anche il documento di identità del soggetto rappresentato, nonché il titolo che attesta la tutela o curatela.

Le spese di riproduzione fotostatica dei documenti richiesti sono di € 0,50 per la prima facciata e di € 0,30 dalla seconda facciata in poi per il formato A4 e di € 0,60 a facciata per il formato A3, nessun costo per l'invio via mail, quando ciò è possibile, da pagarsi preventivamente al rilascio della documentazione, nei seguenti modi:

1. C/C postale
2. Pagamento in contanti alla cassa economale della sede di Collegno
3. Presso i punti gialli aziendali

In caso di spedizione postale o via fax verranno addebitate le spese attualmente vigenti.
Il termine di conclusione del procedimento è di 30 giorni dal ricevimento della presente istanza al protocollo generale, fatti salvi i casi che prevedono la interruzione/sospensione dei termini. Il responsabile di questo procedimento è il Dirigente responsabile o suo delegato della S.C. Affari Generali dell'ASL TO 3.
Avverso la decisione negativa è ammesso il ricorso con i mezzi e le procedura previste dalle leggi.
L'ASL TO3 si riserva la facoltà di richiedere ulteriori precisazioni o chiarimenti in merito ai contenuti della presente domanda, nei casi previsti dalle vigenti leggi.

PER RITIRO DOCUMENTAZIONE Data _____ Firma _____

==========

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO – **RICEVUTA PER L'UTENTE**

La presente richiesta è pervenuta in data_____ L'Azienda non si assume responsabilità per ritardi o mancati recapiti dei documenti di cui è stato richiesto l'invio per posta o, nel caso di invio via mail, qualora il richiedente non abbia la casella certificata (DPR 445/2000).

Firma dell'impiegato addetto al ritiro_____

Per informazioni contattare il n. 011/4017256