

**ISTRUTTORIA DI ACCESSO AGLI ATTI**  
**da compilare a cura dell'Ufficio e da tenere agli atti del procedimento di accesso**

c Controinteressati  SI  NO (barrare la casella)

c Notifica controinteressati Data: \_\_\_\_\_

**ESITO:**

- Diniego\*  
 Limitazione  
 Differimento  
 Accoglimento immediato senza controinteressati

**\*IMPORTANTE:** nel caso di diniego, limitazione o differimento, allegare copia dell'eventuale provvedimento di diniego o gli estremi dei documenti, specificando motivazione, carattere della limitazione o durata del differimento.

Estrazione fotocopie n. \_\_\_\_\_

Formato:  A3  A4  Altri tipi di fotocopie/riproduzioni

Costi previsti (euro) \_\_\_\_\_

**Modalità di effettuazione del rimborso (allegare ricevuta)**

- Tesoreria ASM, accreditato su c/c intestato all'Azienda Sanitaria Locale di Matera  
IBAN IT96Q0538716105000000987416  
Euro \_\_\_\_\_

**PER RICEVUTA (il richiedente)**

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Procedimento di accesso  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la firma del richiedente deve essere apposta dinanzi al dipendente addetto a ricevere l'istanza il quale è tenuto ad accertare l'identità del sottoscrittore. Nel caso di trasmissione via posta/fax/email deve essere allegata fotocopia di un documento di identità del richiedente.

MOD. ALLEGATO C