

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO

(ai sensi dell'art. 5, co. 2 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33)

- **ALL'UFFICIO CUP:** *consegna brevi manu*
- **AI RPCT**
- **PEC:** *clinicamediterraneaspa@legalmail.it*
- **POSTALE:** *Racc.ta A/R- Via Orazio, 2, - 80122 -Napoli (NA)*

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)*

che in base alla normativa vigente non risulta pubblicato nella sezione "Società trasparente" sul sito [Società Trasparente | Clinica Mediterranea](#)

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

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)

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

- all'indirizzo di posta elettronica certificata clinicamediterraneaspa@legalmail.it
- all'indirizzo postale a mezzo Racc.ta A/R: Via Orazio, 2, -80122 -Napoli (NA)
- presentata e consegnata *brevi manu* direttamente all'Ufficio CUP

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 dalla Società **Clinica Mediterranea S.p.A.**, in qualità di Titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell'informativa completa pubblicata sul sito [Società Trasparente | Clinica Mediterranea \(Informativa sulla privacy\)](#)

Luogo _____ il ___/___/___ Firma _____

