



Ambrosiana Medical Center

- Milano -

RICHIESTA ACCESSO CIVICO

Io sottoscritto (Cognome e Nome).....

Nato a _____ il _____ Residente _____

Via _____ Comune _____

Tel. _____ email _____

Documento di identità:

Tipo _____ Numero _____

Rilasciato in data _____ da _____

CHIEDE

L'accesso civico ai seguenti documenti o dati

Documenti

Dato

Descrizione del contenuto del documento

Descrizione del contenuto del dato

Si allega fotocopia del documento del richiedente sottoscrittore della richiesta.

N.B. il documento di identità non occorre qualora la richiesta sia sottoscritta con firma digitale o firma elettronica qualificata o nel caso in cui l'istanza sia trasmessa mediante casella Pec del richiedente sottoscrittore.

Firma