

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

**Al Responsabile della Prevenzione  
della Corruzione e della Trasparenza  
dell'Ordine della Professione Ostetrica  
Interprovinciale di Belluno, Padova,  
Rovigo, Treviso, Venezia, Vicenza  
Via Monte Nero 43/b – 30171 Venezia**

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
- 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

in formato digitale (munirsi di 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)*

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

- all’indirizzo di posta elettronica certificata [ostetrichevenezia@legalmail.it](mailto:ostetrichevenezia@legalmail.it) \_\_\_\_\_
- all’indirizzo postale: Via Monte Nero 43/B – 30171 Venezia
- presentata direttamente alla Segreteria dell’Ordine in Via Monte Nero, 43/B – Venezia-Mestre

### **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 della Professione Ostetrica Interprovinciale di Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia e Vicenza, in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_