



AZIENDA SANITARIA REGIONALE DEL MOLISE  
SEDE LEGALE: VIA UGO PETRELLA, 1  
86100 CAMPOBASSO  
TEL. 0874-4091

Al Responsabile dell U.O.C.

**Diritto all'Informazione:** Richiesta di Accesso alle Determinazioni Dirigenziali da parte delle Organizzazioni Sindacali. (art. 9 del D Lgs n 165 del 30 marzo 2001 e ss mm e ii - L 241/90 e ss mm e ii - DPR 184/06- artt 16 e 17 del Regolamento Aziendale adottato con Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ )

Organizzazione Sindacale \_\_\_\_\_

Con la presente, il sottoscritto \_\_\_\_\_,

dichiara, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, di essere rappresentante del Sindacato sopra indicato e, per conto di detta organizzazione sindacale,

**CHIEDE**

ai sensi della normativa succitata, di poter accedere alle seguenti determinazioni:

determinazione dirigenziale n. _____	del	_____	/	_____	/	_____
determinazione dirigenziale n. _____	del	_____	/	_____	/	_____
determinazione dirigenziale n. _____	del	_____	/	_____	/	_____

**MEDIANTE**

- Visione  
 Estrazione di copia semplice  
 Estrazione di copia in bollo

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA**


Data della Richiesta \_\_\_\_\_

**FIRMA del Richiedente**

\_\_\_\_\_

Documenti consegnati il _____	_____	/	_____	/	_____	Per Ricevuta	FIRMA PER RICEVUTA
Documenti spediti il _____	_____	/	_____	/	_____	Per Ricevuta	Nome dell'Operatore

Esito dell'istanza:  accoglimento  diniego  limitazione  differimento

**MOTIVAZIONE DEL DINIEGO, DELLA LIMITAZIONE O DEL DIFFERIMENTO**


Estremi dell'eventuale diniego: \_\_\_\_\_

**Conclusione del procedimento**

/ /

Il Responsabile del Procedimento \_\_\_\_\_