

**RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO AL TITOLARE DEL POTERE  
SOSTITUTIVO**

(Art. 5 del Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013)

Al Titolare del potere sostitutivo per l'accesso civico dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

La/il sottoscritta/o .....  
nato/a a ..... il .....  
email ..... tel. ....  
PEC .....

Premesso che:

in data .....\_ha presentato richiesta di Accesso Civico generalizzato riguardante  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tenuto conto che ad oggi non ha ricevuto risposta

CHIEDE

alla S.V., in qualità di titolare del potere sostitutivo secondo quanto previsto dalla normativa vigente, la comunicazione di quanto forma oggetto dell'istanza.

Indirizzo per le comunicazioni: .....

**INFORMATIVA PRIVACY**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, La informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo per la dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per il riconoscimento del diritto d'accesso, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamentari vigenti.

I dati possono essere comunicati ai soggetti Istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

I dati da Lei forniti potranno essere utilizzati al fine della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal DPR. 445/2000.

In qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice Privacy, rivolgendosi al Responsabile del Procedimento.

Data .....

Firma .....

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato alla presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata o inviata anche per fax o via telematica unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento del sottoscrittore.*

## RIMBORSI SPESE PER ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO

<b>Diritti di ricerca e visura</b>	
Per documenti formati entro 1 anno dalla richiesta di accesso	gratuito
Per documenti formati oltre 1 anno e fino a 5 anni prima della richiesta di accesso	€ 5,00
Per documenti formati oltre 5 anni prima della richiesta di accesso	€ 10,00

<b>Costi di copia</b>	
Costo di ogni foglio per fotocopie cartacee o scansioni di originali cartacei in formato A4 in numero totale fino a 20 fogli (i fogli A3 equivalgono a due fogli A4)	gratuito
Costo di ogni foglio per fotocopie cartacee o scansioni di originali cartacei in formato A4 in numero totale superiore a 20 fogli, esclusi i primi 20 (i fogli A3 equivalgono a due fogli A4)	€ 0,20
Copia di documento originale informatico	gratuito

<b>Costi di riproduzione e spedizione</b>	
Riproduzione su CD-Rom / DVD	€ 2,00
Riproduzione su Pen Drive USB	€ 5,00
Spedizione per email, PEC o fax	gratuito
Spedizione per posta o corriere	Costo della spedizione

### **Modalità di pagamento**

- Versamento su conto corrente postale n. 20687505 intestato a Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze con causale "Rimborso spese di accesso";
- Bonifico su IBAN IT58 R076 0102 8000 0002 0687 505 intestato a Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze con causale "Rimborso spese di accesso".