



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA INTERPROVINCIALE
DI BERGAMO CREMONA LODI MILANO MONZA E BRIANZA**

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 di Ostetrica interprovinciale**

di Bergamo Cremona Lodi Milano Monza Brianza

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)*

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L. 13/9/1946 N. 233)
20122 – Milano – Via della Guastalla, 5. - Tel 025460262

e-mail: segreteria@ostetriche-bgclomimb.it Pec: ordine@pec.ostetriche-bgclomimb.it

<https://www.ostetriche-bgclomimb.it/>

C.F. 97786530150 – codice univoco UFB3DT



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 ordine@ostetriche-bgclomimb.it
- all'indirizzo postale: segreteria@ostetriche-bgclomimb.it
- presentata direttamente alla Segreteria dell'Ordine

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, in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Luogo e data _____ Firma _____