

Grande Ospedale Bianchi Melacrino Morelli  
Via Provinciale Pal. Gangeri n.24  
Reggio Calabria  
[protocollo@pec.ospedare.it](mailto:protocollo@pec.ospedare.it)

all.2

Istanza di Accesso Generalizzato  
art. 5 comma 2, decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
c.a.p. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_  
indirizzo mail \_\_\_\_\_  
[1];

**CHIEDE**

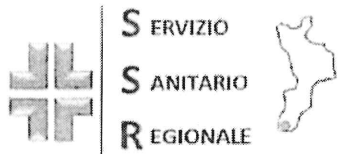
**L' ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO** (ai sensi dell'art. 5 comma 2 del Decreto Legislativo  
14.03.2013, n. 33 come modificato dal d.lgs 87/2016?)

**ai seguenti dati, informazioni, documenti**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [1];

detenuti presso la Struttura: \_\_\_\_\_  
tramite [1];

- presa visione degli atti
- ottenimento copia in carta semplice
- ottenimento copia conforme all'originale
- ottenimento copia in formato digitale



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

Per le comunicazioni scritte indica il seguente riferimento (es. indirizzo mail o postale o fax):

Il sottoscritto prende atto che i propri dati personali saranno trattati dall'Azienda Ospedaliera ai sensi del D. L.vo n. 196/2003, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

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

*Allega: documento di identità*

*[1] Dati obbligatori.*