

Al dirigente scolastico
IPSEOA "Caterina de' Medici"

Il/La sottoscritto/a Cognome e nome.....

Luogo e data di nascita.....

Residente inCAP.....Via/p.za

Tel./cell.....e.mail

documento identità tipo N°.....

rilasciato in data da

in qualità di:

- Diretto/a interessato/a all'accesso
- In rappresentanza dinato/a a

Ilresidente invia/p.za.....

CHIEDE

- L'esame
- Il rilascio di copia fotostatica
- Il rilascio di copia conforme all'originale

Dei seguenti documenti (specificare dettagliatamente i documenti e gli atti sui quali si intende esercitare l'accesso indicandone gli estremi ovvero gli elementi che ne consentano l'individuazione):

1.
2.
3.

DICHIARA

In relazione a quanto richiesto di avere o rappresentare un interesse diretto, concreto e attuale per la tutela della seguente situazione giuridicamente rilevante:

.....
.....

Di voler esercitare il diritto di accesso per il seguente motivo:

.....

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del dlgs 196/2003, che i dati personali, di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento. Gli stessi, trattati anche con strumenti informatici, non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici interessati al procedimento, nonché agli altri soggetti, in conformità alle vigenti disposizioni in materia di accesso ai dati. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.lgs 196/2003.

.....

(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

(firma per esteso e leggibile)

Nel caso di richiesta per posta si allega fotocopia del documento di identità del sottoscrittore della richiesta e fotocopia della delega in caso di rappresentanza dell'interessato.