

MODELLO D

RICHIESTA DI ACCESSO GENERALIZZATO

(art. 5, c. 2, D.Lgs. n. 33/2013)

All' Ufficio Coordinamento Accesso Atti di Astral S.p.A., Via del Pescaccio 96-98-00166 Roma e.mail:accesso-atti@astralspa.it – PEC: protocolloastral@pec.astralspa.it

Il/la sottoscritto/a cognome*.....nome*.....
nato/a*..... (prov.....) il.....
residente in*..... (prov.....)
via..... n..... e-mail
cell..... tel..... fax
ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, c. 2, D.Lgs. n. 33/2013

CHIEDE **

- il seguente documento
.....
- le seguenti informazioni
.....
- il seguente dato
.....

DICHIARA

di voler ricevere quanto richiesto:

- personalmente presso l'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti,
- al proprio indirizzo di posta elettronica
- al seguente n.di fax.....
- che gli atti siano inviati al seguente indirizzo
- mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico.

.....
(luogo e data)

.....
(firma per esteso leggibile)

*Dati obbligatori (Si allega copia del proprio documento d'identità- non necessario in caso di firma digitale)
** ove noti, indicare gli estremi del documento o la fonte del dato, nonché una descrizione del loro contenuto e l'ufficio competente.

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta

Il richiedente dichiara di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Dlgs. n. 196/2013 e ss.mm.ii. e pubblicate sul sito www.astralspa.it nella sezione privacy

Data.....

Firma.....