

All'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
di Pescara
Pec: segreteria.pe@pec.omceo.it
e-mail: info@omceopescara.it

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO
(Art. 5, comma 2, del d. lgs. 14 marzo 2013 n. 33)

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

nata/o a _____ il _____

residente in _____ prov (_____)

via _____ n. _____

e-mail _____ Tel. _____

pec _____

nella propria qualità di soggetto interessato,

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, comma 2 e ss. del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, di:

prendere visione;

ottenere copia semplice in formato

_____ (specificare: elettronico con invio
tramite posta elettronica, cartaceo, su supporto cd);

ottenere copia autentica (istanza e copie sono soggette all'assolvimento delle disposizioni in materia di bollo);

relativamente ai seguenti documenti (dati o informazioni):

(indicare i documenti/dati/informazioni o gli estremi che ne consentono l'individuazione)

per le seguenti FINALITA' (informazione facoltativa):

- A titolo personale
- Per attività di ricerca o studio
- Per finalità giornalistiche
- Per conto di un'Organizzazione non governativa
- Per conto di un'associazione di categoria
- Per finalità commerciali

A tal fine dichiara di essere a conoscenza che:

- come stabilito dall'art. 5, comma 5 del D.Lgs. 33/2013, modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, qualora l'Amministrazione alla quale è indirizzata la presente richiesta dovesse individuare dei controinteressati ex art. 5-bis, comma 2 del medesimo D.Lgs., è tenuta a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della presente istanza;
- qualora venga effettuata la sopra citata comunicazione, il termine di conclusione del presente procedimento di Accesso è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati, e comunque non oltre 10 giorni;
- a norma dell'art. 5, comma 4 del D.Lgs. n. 33/2013, il rilascio di dati in formato elettronico è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'Amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Distinti saluti.

Luogo e data _____ Firma* _____

N.B. Allegare copia di valido documento d'identità* (non occorre per le istanze sottoscritte con firma digitale).

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI
REDATTA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (PRIVACY)

-“Richiesta di accesso agli atti” -

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Pescara, in qualità di Titolare del Trattamento, nel seguito “Titolare”, intende descrivere in modo accurato la gestione del trattamento dei Suoi dati personali, ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Finalità del trattamento

I dati personali acquisiti con il presente modulo saranno trattati esclusivamente per espletare la richiesta di accesso agli atti e per adempiere ai relativi obblighi di legge, esonerando pertanto il Titolare dall'obbligo di acquisizione del consenso. Il conferimento dei dati personali deve intendersi obbligatorio per le predette finalità.

Dati trattati e Base giuridica del trattamento

Verranno acquisiti i dati anagrafici del richiedente (interessato o soggetto delegato) nonché i suoi dati di contatto (indirizzo email e recapito telefonico). La base giuridica del trattamento è rinvenibile nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare

Verrà inoltre acquisita la scansione del documento di identità del richiedente, sulla base di un obbligo di legge (art. 38 c.3 della L. 445/2000)

Modalità di trattamento dei dati

I dati raccolti sono trattati, mediante strumenti elettronici e non, secondo i principi di adeguatezza, pertinenza, esattezza; saranno inoltre aggiornati e trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

Il Titolare, al fine di garantire un'adeguata sicurezza e protezione dei dati personali, ha provveduto ad adottare efficaci misure tecniche ed organizzative che vengono - all'occorrenza - riesaminate ed aggiornate.

I trattamenti di cui sopra sono da considerarsi legittimi ai sensi della Normativa Applicabile.

Ambito di conoscenza dei dati

I dati Personali potranno essere condivisi esclusivamente con:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare che si siano impegnate alla riservatezza o abbiano un adeguato obbligo legale di riservatezza
- consulenti, in qualità di Responsabili del Trattamento, ai sensi dell'Art. 28 del GDPR;
- autorità giurisdizionali nell'esercizio delle loro funzioni.

I dati trattati non saranno trasferiti a Soggetti posti al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

Tempo di conservazione dei dati

I dati raccolti saranno trattati per il tempo strettamente necessario a raggiungere gli scopi indicati nella presente informativa e fino al tempo permesso dalla legge Italiana a tutela dei propri interessi (Art. 2947 c.c.). Maggiori informazioni possono essere richieste al Titolare o al Responsabile della Protezione dei Dati Personali.

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Pescara con sede in Via Dei Sabini, 102 – 65127 Pescara contattabile mediante raccomandata a/r o via PEC all'indirizzo segreteria.pe@pec.omceo.it

Responsabile della Protezione dei Dati Personali (DPO)

Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali è APTA Servizi Professionali Srl, Via F. Brindisi, 32 – 65017 Penne (PE), nella persona del Dott. Ing. Massimo Forestiero, contattabile via email all'indirizzo dpo@aptasrl.it o via PEC all'indirizzo aptasrl@pec.it

Diritti dell'interessato

L'Interessato - delegante e delegato – ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai propri dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, la limitazione del trattamento nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che lo riguardano.

L'Interessato ha in ogni caso il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente (Garante per la Protezione dei Dati Personali) qualora ritenga che i propri dati siano trattati in modo illecito.

Presenza visione dell'informativa

Io sottoscritto _____ DICHIARO di avere preso attentamente visione dell'informativa sopra riportata e di aver compreso pienamente quanto in essa specificato;

Firma leggibile

Luogo e data _____

Ultima revisione: 21 Luglio 2025