

All'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
di Varese

**RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**

(Art. 5, comma 2, del d. lgs. 14 marzo 2013 n. 33)

Il/la sottoscritto/a:

COGNOME \* \_\_\_\_\_ NOME \* \_\_\_\_\_

NATA/O \* IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \* \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \* \_\_\_\_\_

PROV (\_\_\_) VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

E MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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).**

\* Dati obbligatori.

---

La richiesta può essere presentata con le seguenti modalità:

- 1) Posta Ordinaria – viale Milano n. 27 – 21100 VARESE
- 2) Posta Elettronica: [info@omceovarese.it](mailto:info@omceovarese.it)
- 3) Posta Elettronica Certificata (PEC): [protocollo@pec.omceovarese.it](mailto:protocollo@pec.omceovarese.it)
- 4) Brevi Manu, rivolgendosi agli sportelli di segreteria in orari d'ufficio (consultabili sul sito web [www.omceovarese.it](http://www.omceovarese.it)).

**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese**  
**Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali**

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese, in qualità di Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta di accesso agli atti secondo le disposizioni di cui al Regolamento dell'OMCeO Varese citato, ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi. È fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio. Il conferimento dei dati personali contrassegnati con l'asterisco è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta. Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali, e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi. I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento. Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Varese - in qualità di Titolare del trattamento - Viale Milano 27 - 21100 Varese, oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") dell'OMCeO Varese - e-mail: [dpo@cps3net.it](mailto:dpo@cps3net.it) . Infine informa che gli interessati, ricorrendo i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali Piazza di Monte Citorio n. 121 -00186 Roma.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_