

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p>PAGAMENTO COPIA ATTI</p> <p>AI SENSI DELLA LEGGE n.241/1990 e s.m.i.</p>	<p>M AGR 053</p> <p>Rev. 01</p> <p>Pag. 1 di 1</p> <p>21.02.2021</p>
---	--	---

Egr. Sig/Sig.ra

Il responsabile del Servizio/UO _____

Visto il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico ai documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione e del diritto di accesso generalizzato

AUTORIZZA

Il rilascio delle copie della documentazione richiesta previo pagamento:

Tipologia	Costo
Copie semplici ritirate personalmente o tramite delega	€ 5,00 ogni richiesta + 0,20 per A4 + 0,30 per A3
Copie semplici spedite per posta con pagamento anticipato	€ 5,00 ogni richiesta + 0,20 per A4 + 0,30 per A3 oltre spese di spedizione
Copie semplici spedite per posta con pagamento in contrassegno	€ 5,00 ogni richiesta + 0,20 per A4 + 0,30 per A3 oltre spese di spedizione e contrassegno
Copie semplici spedite a mezzo fax	€ 10,00 ogni richiesta + 0,20 per A4
Copie semplici spedite a mezzo mail o PEC	€ 7,00 ogni richiesta + 0,20 per A4 + 0,30 per A3
Copie conformi	€ 16,00 per marca da bollo ogni 4 fogli/facciate ovvero 100 linee scritte a mezzo stampa.
<p>Esentati: a) Autorità giudiziaria o polizia giudiziaria, I.N.A.I.L., I.N.P.S., Ispettori del Lavoro, Prefetture, Enti esteri o sopra nazionali, legittimali all'accesso sulla base di convenzioni internazionali, Dirigenti o organi di gestione dell'ente presso cui il paziente trovasi o è stato ricoverato, per ragioni di ufficio, medico curante se munito di espressa delega rilasciatagli dal paziente, enti di ricerca e studio.</p>	

delle spese di riproduzione n. _____ x €. = € _____
 altro = € _____
TOTALE = € _____

Al pagamento, qualora non effettuato in contrassegno, si può provvedere con:

- bonifico bancario, su conto corrente: **IT24N0538754160000042830127** - PBER banca, filiale di Breno con indicazione della Causale: UO _____ - Rimborso accesso atti + nome e cognome richiedente
(specificare)
- versamento per cassa presso gli sportelli CUP/CASSA ospedalieri e territoriali (solo persone fisiche).

Luogo e data _____ Firma operatore _____

Mod./ASST

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA
 Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981
 www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it

