

Spett.le
AZIENDA USL DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
c/o Ospedale Maggiore
Largo Nigrisoli, 2
40133 BOLOGNA

OGGETTO: Richiesta di documentazione

Il/sottoscritto _____

nato il _____ a _____

C.F. _____ residente in _____

via _____ telefono _____

in qualità di _____

recapiti per eventuali comunicazioni: e_mail /n fax _____

C H I E D E

copia dei seguenti documenti

D I C H I A R A

che i motivi della richiesta sono i seguenti (1)

Data _____

Firma del richiedente

**Allegato: copia del documento di identità (nel caso si tratti di persona delegata
occorre foglio di delega firmato, unitamente ai documenti di delegante e delegato)**

**(1) Indicare l'interesse diretto, concreto e attuale corrispondente ad una situazione
giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale si chiede l'accesso**

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Per Ricevuta:

Ritirato _____ in copia

in data _____

Firma del richiedente
