 Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo

Al Responsabile per la Trasparenza  
 AOUP P. Giaccone di Palermo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | | | | |
| nato/a |  | | il | |  |
| residente a |  | in via/piazza | |  | |
| cod. fisc. |  |  | | |  |
| email |  | | | | |
| recapito telefonico |  | | | | |

**CHIEDE**

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 5 del D. Lgs. n. 33/2013 la pubblicazione di\*

|  |
| --- |
|  |

e la contestuale trasmissione al/alla sottoscritto dell’avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto con la presente istanza, ovvero, in caso di dati, documenti o informazioni “ulteriori” non oggetto di pubblicazione obbligatoria, la trasmissione degli stessi.

A tal fine dichiara di voler ricevere la comunicazione all’indirizzo di posta elettronica sopra specificato.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679   
I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679, esclusivamente per l’istruttoria della sua richiesta e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento. Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dal Regolamento Europeo 2016/679 e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

DATA FIRMA DEL RICHIEDENTE