

A.....
c/o Apuafarma S.p.a. Viale XX settembre 177/B 54033 – Carrara (MS)



MD006

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO
(Art. 5 D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.)

La/ Il sottoscritta/o NOME.....
COGNOME.....
NATA/O A.....
RESIDENTE IN.....(PROV.)
ALLA VIA.....
E-MAIL (campo facoltativo).....
RECAPITO TELEFONICO (campo facoltativo).....
INDIRIZZO PER LE COMUNICAZIONI.....

CHIEDE

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 5 del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., la trasmissione del seguente dato, informazione, documento detenuti da Apuafarma S.p.a:.....
.....
.....
.....

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03.

Luogo e Data

FIRMA

.....