

**Al Presidente**  
**dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese**  
**Viale Borri, 209 – 21100 - VARESE**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Documento identificativo \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti del art. 22 e seguenti della legge n.241 del 1990 e ss.mm. e dell'articolo 6 del DPR n.184 del 2006 e delle relative disposizioni di attuazione dell'Amministrazione, disciplinanti il diritto di accesso ai documenti amministrativi,

**CHIEDE**

il seguente documento:

(specificare in modo dettagliato l'atto/documento richiesto, fornendo ogni riferimento utile per la corretta individuazione dello stesso)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di esercitare il proprio diritto di accesso, secondo le seguenti modalità:

- consultazione (accesso formale)  
 rilascio copia                       semplice                       conforme all'originale

di voler ricevere i documenti:

- ritirandoli personalmente                       tramite PEC al seguente indirizzo \_\_\_\_\_  
 a mezzo di posta al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 22 co. 1, lett. b) della Legge 7 agosto 1990 n. 241, di essere titolare di un interesse diretto, concreto e attuale, correlato a una situazione giuridicamente tutelata e connessa al documento richiesto che esprimo in sintesi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma