



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Allegato E. Provvedimento di diniego/differimento della richiesta di accesso documentale

Al Sig. _____

Oggetto: provvedimento di diniego/differimento della richiesta di accessodocumentale.

Con riferimento alla Sua richiesta di accesso del _____,
pervenuta a questa AUSL in data _____, prot. _____,

SI COMUNICA

che la stessa non è stata accolta, in tutto /oppure in parte, /oppure che
l'esercizio del diritto d'accesso deve essere differito per giorni _____

per i seguenti motivi:

Il Dirigente/Responsabile del procedimento
