



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

Comunicazione Richiesta Incompleta/Irregolare

Al Richiedente

Prot.

Oggetto: Procedimento Amministrativo n° _____

A seguito della sua richiesta di Accesso agli atti del _____ Prot. n. _____ si
comunica che la sua domanda non può essere presa in esame perché:

☐ incompleta: (mancano i seguenti dati)

1. _____
2. _____
3. _____

☐ irregolare in quanto:

1. _____
2. _____

La preghiamo di voler fornire i dati mancanti / regolarizzare i requisiti indicati, per poter dare
seguito alla sua richiesta. In mancanza di una sua risposta considereremo decaduto il suo
interesse all'Accesso.

IL PRESIDENTE

Responsabile del Procedimento:



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

Comunicazione Differimento Accesso

Al Richiedente

Prot.

Oggetto: Accesso agli Atti Amministrativi.

Facciamo seguito a Sua formale istanza protocollata in data _____ (prot. n. _____) per comunicarLe che l'Ente intende avvalersi di quanto disposto all'art. 10 comma 2 del Regolamento per l'esercizio del diritto di Accesso ai documenti amministrativi e del diritto di Accesso Civico "semplice" e Accesso Civico "generalizzato" di attuazione del D.P.R. 184/2006 adottato con delibera di Consiglio del _____ e differire l'Accesso al richiedente a conclusione del procedimento amministrativo *de quo* sino al _____.

Le ragioni di tale differimento sono _____.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Responsabile del Procedimento:



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

Comunicazione diniego per mancanza legittimazione

Al Richiedente

e p.c.

Egr. Sig.

Dott. _____

Via _____

Prot.

Oggetto: Accesso Atti Amministrativi

Con riferimento alla Sua istanza del _____ a mezzo della quale chiedeva
“ _____ ”, Le comunichiamo che detta richiesta risulta in
realtà priva dei requisiti normativamente richiesti per poter trovare accoglimento, mancando la
prova della Sua legittimazione a proporla così come richiesto dall'art. 22 c.1 lett. b) L. 241/1990.

Alla luce di quanto sopra riportato, richiamato quanto sopra riferito in merito alla carenza
dei presupposti previsti dalla normativa vigente in materia di Accesso agli Atti Amministrativi,
riteniamo inaccoglibile la richiesta da Lei avanzata e, per l'effetto, concluso il procedimento
amministrativo avviato.

Potrà ricorrere avverso tale rigetto avanti l'Autorità competente (T.A.R.) entro il termine
di 30 giorni dalla ricezione della presente.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE



**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena**

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

Comunicazione diniego per mancanza motivazione

Al Richiedente

e p.c.

Egr. Sig.

Dott. _____

Via _____

Prot.

Oggetto: Accesso Atti Amministrativi.

Con riferimento alla Sua istanza del _____ a mezzo della quale chiedeva “ _____”, Le comunichiamo che detta richiesta risulta in realtà priva dei requisiti normativamente richiesti per poter trovare accoglimento, mancando la menzione né essendo in altro rinvenibile la sussistenza dell’ *“interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è richiesto l’Accesso”* così come previsto dall’art. 22 lett. b) L. 241/1990.

Alla luce di quanto sopra riportato, richiamato quanto sopra riferito in merito alla carenza dei presupposti previsti dalla normativa vigente in materia di Accesso agli Atti Amministrativi, riteniamo inaccoglibile la richiesta da Lei avanzata e, per l’effetto, concluso il procedimento amministrativo avviato.

Potrà ricorrere avverso tale rigetto avanti l’Autorità competente (T.A.R.) entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della presente.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Responsabile del Procedimento:



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

Comunicazione diniego per opposizione controinteressati

Al Richiedente

e p.c.

Egr. Sig.

Dott. _____

Via _____

Prot.

Oggetto: Accesso Atti Amministrativi

Con riferimento alla Sua istanza del _____ a mezzo della quale chiedeva “_____”, Le comunichiamo che il Dott. _____, interpellato nella sua qualità di controinteressato così come previsto dall’art. 22 L. 241/1990, in riscontro a nostra del ... indirizzata per conoscenza anche alla Sua persona, ha - nei termini e nelle modalità previste dall’art. 3 comma 2 D.P.R. 184/2006 - motivatamente opposto il proprio rifiuto a che Le venisse accordato l’Accesso agli atti Amministrativi, depositati presso i nostri Uffici ed afferenti l’esposto avanzato nei confronti dello stesso.

Concordando con quanto sostenuto dal Dottore, atteso che un eventuale Accesso agli atti da Lei richiesti andrebbe a violare il diritto alla riservatezza di soggetti terzi (D.Lgs. 196/2003), riteniamo inaccoglibile la richiesta da Lei avanzata e sopra meglio indicata e, per l’effetto, concluso il procedimento amministrativo avviato.

Potrà ricorrere avverso tale rigetto avanti l’Autorità competente (T.A.R.) entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della presente.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE

Responsabile del Procedimento:



**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena**

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

Invio richiesta Accesso Documentale ad altra Amministrazione

A _____

e.p.c. Al Richiedente

Prot.

Oggetto: richiesta Accesso agli Atti Sig. _____

Spettabile Amministrazione

con la presente, ai sensi dell'art. 6, comma 2 del D.P.R. 184/ 2006 si invia la richiesta di
Accesso agli Atti presentata dal Sig.

_____ in data _____

in quanto non di nostra competenza.

Distinti saluti

IL PRESIDENTE

Responsabile del Procedimento:



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

COMUNICAZIONE NON ACCOGLIMENTO ACCESSO CIVICO
(art. 5 commi 1 e 2 del D.Lgs. 33/2013)

Al Richiedente

Prot.

Oggetto: Richiesta Accesso Civico del _____

Si comunica che la richiesta di Accesso Civico avanzata dalla S.V. in data _____

NON può essere accolta per i seguenti motivi:

Avverso la decisione di non accoglimento, il richiedente ha facoltà di presentare:
richiesta di riesame al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e, in
caso di ulteriore esito negativo, proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ai sensi
dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al D.Lgs. n. 104/2010.

IL PRESIDENTE

Responsabile del Procedimento: