

Allegato 1

AL COMUNE DI MEDICINA
c.a. RESPONSABILE SERVIZI AL CITTADINO
VIA LIBERTA' 103
40059 MEDICINA (BO)
email: anagrafe@comune.medicina.bo.it
PEC: comune.medicina@cert.provincia.bo.it

OGGETTO: RICHIESTA DI STIPULA DELLA CONVENZIONE PER L'ACCESSO ALLA BANCA DATI DEMOGRAFICA (ANAGRAFE) DEL COMUNE DI MEDICINA.

Il/la sottoscritto/a _____
in rappresentanza di (denominazione) _____
 Pubblica Amministrazione
 Gestore di pubblico servizio (**N.B. allegare copia atto di incarico o equivalente**)
con sede in _____
Codice fiscale: _____

Visti:

- gli artt.43-46 e 47 del D.P.R. n.445/2000;
- l'art.15 della Legge 12 novembre 2011, n.183;
- il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n.82 "*Codice dell'Amministrazione Digitale*" e successive modificazioni ed integrazioni;
- lo schema di convenzione per l'accesso telematico alla banca dati DEMOGRAFICA (ANAGRAFE) del Comune di Medicina, con i relativi allegati;

CHIEDE

di stipulare la convenzione per l'accesso telematico alla banca dati DEMOGRAFICA (ANAGRAFE) del Comune di Medicina per l'adempimento dei seguenti compiti istituzionali:

Dichiara, inoltre, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.196/2003, di essere consapevole che i dati trasmessi saranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione è resa.

Si comunicano i dati necessari la redazione e stipula della convenzione in oggetto:

GENERALITA' RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE FRUITORE CHE SOTTOSCRIVERA' LA CONVENZIONE	
(cognome e nome) _____,	
qualifica _____	
nato/a il _____ a _____	Prov. (____)
residente a _____ in Via _____	
telefono: _____	Fax: _____
email: _____	PEC: _____

GENERALITA'
RESPONSABILE TRATTAMENTO DATI DESIGNATO

(cognome e nome) _____,
nato/a il _____ a _____ Prov. (_____)
residente a _____ in Via _____
Codice Fiscale: _____
telefono: _____ Fax: _____
email: _____ PEC: _____

Per qualsiasi contatto e comunicazione, sono disponibili i seguenti recapiti:

Telefono: _____ Cellulare: _____
Fax: _____
E-mail: _____
E-mail PEC: _____

Data e Luogo

**Ente fruitore richiedente
Legale rappresentante**

Documenti da allegare:

- Per i gestori di pubblico servizio: copia atto di incarico o equivalente

Se la l'istanza non è firmata digitalmente:

- Per tutti: copia documento di identità del richiedente/legale rappresentante
- Per tutti: copia documento di identità del soggetto incaricato sottoscrizione convenzione
- Per tutti: copia documento di identità del responsabile trattamento dati designato

Modalità di inoltro della richiesta di stipula della convenzione:

- Presentata personalmente all'ufficio Urp
- Inviata per posta tramite raccomandata con Avviso di Ricevimento all'indirizzo Comune di Medicina, c.a. Responsabile Servizi al Cittadino, Via Libertà 103, cap.40059
- Trasmessa via fax al numero 0516979255
- Trasmessa via email semplice all'indirizzo anagrafe@comune.medicina.bo.it : i documenti dovranno essere firmati digitalmente;
- Trasmessa via email semplice all'indirizzo anagrafe@comune.medicina.bo.it : la copia della dichiarazione recante la firma autografa e la copia del documento d'identità del dichiarante dovranno essere acquisite mediante scanner;
- Trasmessa via posta elettronica certificata (PEC): comune.medicina@cert.provincia.bo.it