

Profesia (opțional)

Telefon (opțional)

RECLAMAȚIE ADMINISTRATIVĂ (1)

Conform Anexei 5 din Normele Metodologice a Legii nr.544/2001

*Denumirea autorității sau instituției publice: DIRECTIA DE SANATATE
PUBLICA A JUDETULUI CALARASI*

*Sediul/Adresa : Strada Prel Bucuresti,nr.24,bl. M19, et.2, mun.Calarasi,
jud.Calarasi*

Data

Stimate domnule/Stimată doamnă

*Prin prezenta formulez o reclamație administrativă, conform Legii nr. 544/2001
privind liberul acces la informațiile de interes public, cu modificările și
completările ulterioare, întrucât la cererea nr. din data de am
primit un răspuns negativ, la data de, de la
..... (completați numele respectivului funcționar)*

Documentele de interes public solicitate erau următoarele:

.....

*Documentele solicitate se încadrează în categoria informațiilor de interes
public, din următoarele considerente:*

.....

*Prin prezenta solicit revenirea asupra deciziei de refuz al
comunicării/netransmitere în termenul legal a informațiilor de interes public
solicitate în scris/în format electronic, considerând că dreptul meu la informație,
conform legii, a fost lezat.*

Vă mulțumesc pentru sollicitudine,

.....

(semnătura petentului)

Numele și adresa petentului

Adresa

Telefon

Fax