



MODULO ESERCIZIO DIRITTI DELL'INTERESSATO

A

Poliambulatorio Dalla Rosa Prati Srl
Via Emilia Ovest, 12/A – 43126 Parma (PR)

Il presente *Modulo per la Richiesta dell'Esercizio dei Diritti dell'Interessato*, **che dovrà essere compilato dall'interessato**, ha la funzione di permettere all'interessato stesso di presentare la sua richiesta e alla struttura di registrarla e poterla processare.

Una copia della presente richiesta verrà rilasciata all'interessato dopo la compilazione.

Il/La sottoscritto/a	
C.F.	

intende esercitare con la presente richiesta i suoi diritti di cui al Capo III del Regolamento UE 2016/679, così come richiamati all'interno dell'informativa al trattamento dati.

In particolare, richiede: (**barrare solo le caselle e compilare solo i campi cui si è interessati**)

<input type="checkbox"/>	1. CONFERMA DELL'ESISTENZA DEI DATI
Il/La sottoscritto/a richiede di accedere ai dati che lo riguardano e precisamente:	
<input type="checkbox"/>	chiede la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati
<input type="checkbox"/>	chiede la comunicazione in forma intelligibile dei dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati
La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):	
.....	
.....	
.....	

<input type="checkbox"/>	2. NOTIZIE IN MERITO AL TRATTAMENTO
Il/La sottoscritto/a chiede di conoscere alcune notizie sul trattamento e precisamente:	
<input type="checkbox"/>	chiede di conoscere il soggetto o la specifica fonte dalla quale i dati sono stati acquisiti;
<input type="checkbox"/>	chiede di conoscere le finalità del trattamento dei dati che lo riguardano;
<input type="checkbox"/>	chiede di conoscere le modalità del medesimo trattamento;
<input type="checkbox"/>	chiede di conoscere la logica applicata al trattamento effettuato con strumenti elettronici;
<input type="checkbox"/>	chiede di conoscere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del DPO;
<input type="checkbox"/>	chiede di conoscere i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza
La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):	
.....	
.....	
.....	

<input type="checkbox"/>	3. RICHIESTA DI INTERVENTO SUI DATI
Il/La sottoscritto/a chiede di effettuare le seguenti operazioni:	
<input type="checkbox"/>	aggiornamento dei dati;
<input type="checkbox"/>	rettificazione dei dati;
<input type="checkbox"/>	integrazione dei dati;
<input type="checkbox"/>	Cancellazione o trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;



<input type="checkbox"/>	Blocco o limitazione dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
<input type="checkbox"/>	Attestazione che le operazioni precedentemente identificate sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
<input type="checkbox"/>	Chiede di conoscere i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza
La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):	
.....	
.....	
.....	

<input type="checkbox"/>	4. PORTABILITÀ DEI DATI
Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto alla portabilità dei dati:	
<input type="checkbox"/>	per motivi legittimi, di seguito indicati, al trattamento effettuato con mezzi automatizzati dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti alla finalità del trattamento basato sul consenso
<input type="checkbox"/>	MOTIVI.....
<input type="checkbox"/>	di ottenere la trasmissione diretta dei dati personali dal titolare del trattamento Poliambulatorio Dalla Rosa Prati Srl al titolare _____, se tecnicamente fattibile.
La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):	
.....	
.....	
.....	

<input type="checkbox"/>	5. OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO
Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto ad opporsi, in tutto o in parte:	
<input type="checkbox"/>	per motivi legittimi, di seguito indicati, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta
<input type="checkbox"/>	MOTIVI.....
La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):	
.....	
.....	
.....	

<input type="checkbox"/>	6. OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO PER FINI PUBBLICITARI (Art. 7 comma 4)
Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto ad opporsi, in tutto o in parte:	
<input type="checkbox"/>	al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale
La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):	
.....	
.....	
.....	

**DICHIARAZIONI FINALI
RECAPITI E DCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'INTERESSATO**

Il sottoscritto si riserva di rivolgersi all'autorità giudiziaria o al Garante (con segnalazione, reclamo o ricorso) se entro 30 giorni dal ricevimento della presente istanza non perverrà un riscontro idoneo e motivato.

Di seguito i recapiti per la risposta:

INDIRIZZO

Via/Viale/Piazza		Numero Civico	
CITTÀ		PROVINCIA	C.A.P.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

RECAPITI

E-Mail:			
FAX:			
Telefono: (*)			
Estremi del Documento di riconoscimento (**)			
Luogo e data _____	_____ (firma dell'interessato)		

* Le richieste in esame e la relativa risposta possono essere anche orali se l'interessato ne faccia espressa richiesta

** Esibire copia di un documento di riconoscimento.