



All'attenzione di
Clinica San Francesco S.r.l.
Via Monte Ortigara, 21/b – 37127 Verona (VR)

Il/La sottoscritto/a	
C.F.	

esercita con la presente richiesta i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679.

In particolare, richiede:

(il modulo deve essere compilato dall'interessato e devono essere barrate solo le caselle e compilati solo i campi cui si è interessati)

1. ACCESSO AI DATI (art.15)

Il/La sottoscritto/a richiede:

<input type="checkbox"/>	la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento dati che lo riguardano
<input type="checkbox"/>	in caso di conferma, di ottenere l'accesso a tali dati / una copia degli stessi e tutte le informazioni previste alle lett. a) – h) dell'art. 15, par. 1 del reg. UE 2016/679: → Finalità del trattamento → Categorie di dati personali trattati → Destinatari o categorie di destinatari cui i dati potranno essere comunicati o che possono venirne a conoscenza → Periodo di conservazione dei dati personali e, se non possibile, criteri utilizzati per determinare tale periodo → La fonte dalla quale i dati sono stati acquisiti → Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

La presente richiesta riguarda: (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento)

.....

.....

.....

.....

.....

2. RICHIESTA DI INTERVENTO SUI DATI (artt. 16 - 18)

Il/La sottoscritto/a chiede di effettuare le seguenti operazioni:

<input type="checkbox"/>	Rettifica e/o aggiornamento dei dati (art. 16);
<input type="checkbox"/>	Cancellazione dei dati (art. 17, par.1), per i seguenti motivi: a) _____ b) _____ c) _____ Nei casi previsti all'art. 17, par. 2, l'attestazione che il titolare ha informato altri titolari del trattamento della richiesta dell'interessato di cancellare
<input type="checkbox"/>	Link, copie o riproduzioni dei suoi dati personali



<input type="checkbox"/>	Limitazione del trattamento (art. 18) per i seguenti motivi <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contesta l'esattezza dei dati personali; <input type="checkbox"/> Il trattamento dei dati è illecito; <input type="checkbox"/> I dati sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; <input type="checkbox"/> L'interessato si è opposto al trattamento dei dati ai sensi art. 21, par. 1 del Reg. UE 2016/679
--------------------------	---

La presente richiesta riguarda: (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento)

.....

.....

.....

.....

3. PORTABILITÀ DEI DATI (art. 20)

Il/La sottoscritto/a, per quanto concerne tutti i dati forniti al titolare, chiede:

<input type="checkbox"/>	di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico
<input type="checkbox"/>	Di trasmettere direttamente al seguente titolare _____:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tutti i dati personali forniti al titolare; <input type="checkbox"/> Un sottoinsieme di tali dati.

La presente richiesta riguarda: (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento)

.....

.....

.....

.....

4. OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO (art. 21)

Il/La sottoscritto/a si oppone:

<input type="checkbox"/>	al trattamento dei suoi dati personali che lo riguardano, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera e) o lettera f), per i seguenti motivi legati alla sua situazione particolare (art. 21 par. 1) <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<input type="checkbox"/>	al trattamento dei dati effettuato a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (art. 21 par. 2)

DICHIARAZIONI FINALI
recapiti e documento 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.

(una copia della presente richiesta viene rilasciata all'interessato)