

## MODULO ESERCIZIO DIRITTI DELL'INTERESSATO

**A**  
**C.M.S.R. VENETO MEDICA S.R.L.**  
Via Vicenza, 204  
36077 – Altavilla Vicentina (VI)

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.

<b>Il/La sottoscritto/a</b>	
<b>C.F.</b>	

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"/>	<b>1. CONFERMA DELL'ESISTENZA DEI DATI</b>
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"/>	<b>2. NOTIZIE IN MERITO AL TRATTAMENTO</b>
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"/>	<b>3. RICHIESTA DI INTERVENTO SUI DATI</b>
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;

- 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;
- 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.
- 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):

.....

.....

.....

**4. PORTABILITÀ DEI DATI**

Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto alla portabilità dei dati:

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

MOTIVI.....

.....

di ottenere la trasmissione diretta dei dati personali dal titolare del trattamento **C.M.S.R. VENETO MEDICA S.R.L.** al titolare \_\_\_\_\_, se tecnicamente fattibile.

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

.....

.....

.....

**5. OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO**

Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto ad opporsi, in tutto o in parte:

per motivi legittimi, di seguito indicati, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta

MOTIVI.....

.....

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

.....

.....

.....

**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:

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 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.
		□ □	□ □ □ □ □

### RECAPITI

E-Mail:	
FAX:	
Telefono: (*)	

Estremi del Documento di riconoscimento (**)	
Luogo e data	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> (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.