

MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 15 del Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati
Titolare: Azienda Sanitaria Locale di Matera, legale rappresentante - Direttore Generale, sede legale in Via Montescaglioso snc 75100 Matera, CF e P.Iva: 01178540777 PEC: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) contattabile all'indirizzo di posta elettronica: rpd@asmbasilicata.it
Interessato dal trattamento
Il/La Sottoscritto/a _____, C.F. _____, C.I. _____, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare l'accesso ai propri dati personali oggetto di trattamento.
Tipologia della richiesta
L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano e, in tal caso, chiede di ottenere l'accesso alle seguenti informazioni (<i>selezionare le opzioni pertinenti</i>): ○ Le finalità del trattamento e le categorie di dati personali coinvolti nello stesso; ○ I destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali; ○ Il periodo di conservazione dei dati personali previsto, o i criteri utilizzati per determinarlo; ○ Se del caso, le modalità per richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento; ○ Le modalità per proporre reclamo a un'autorità di controllo; ○ Qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine; ○ L'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato. ○ Altro (<i>specificare</i>): _____ L'interessato, inoltre, chiede di avere copia dei dati personali oggetto del trattamento in formato: ○ Cartaceo, assumendosi l'onere di corrispondere al titolare un eventuale corrispettivo per le relative spese amministrative sostenute; ○ Elettronico di uso comune (<i>specificare formato</i>): _____
Dati di contatto
Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (<i>recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC</i>): _____
Luogo e data: _____, ____/____/____ Firma: _____

Al fine di verificarne l'identità, il soggetto interessato è pregato di allegare alla presente richiesta una copia del documento di riconoscimento in corso di validità, ovvero firmare il modello con firma digitale valida. Inviare la richiesta a privacy@asmbasilicata.it