



azienda sanitaria locale
materà

MODULO PER LA RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 17 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. 17 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la cancellazione dei 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 cancellazione: ○ Totale, ossia di tutti i dati personali che lo riguardano, ad eccezione dei dati personali che il titolare è obbligato a conservare al fine di adempiere ad un obbligo legale; ○ Parziale, ovvero solo di alcuni dei dati personali trattati dal titolare. In particolare, dei seguenti dati personali (<i>specificare</i>): _____
Motivazione della richiesta
Selezionare almeno uno dei motivi seguenti: ○ I dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati; ○ L'interessato revoca il consenso su cui si basa il trattamento; ○ L'interessato si oppone al trattamento effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento. ○ I dati personali sono stati trattati illecitamente. ○ I dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale cui è soggetto il titolare del trattamento. ○ Altro (<i>specificare</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 a privacy@asmbasilicata.it