

MODULO PER LA RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

ai sensi dell'articolo 18 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. 18 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la limitazione delle attività di trattamento dei propri dati personali.
Tipologia della richiesta
L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la limitazione del trattamento avente ad oggetto i dati personali che lo riguardano: ○ Per un periodo di tempo indefinito; ○ Per un periodo di tempo limitato (<i>specificare</i>): _____
Motivazione della richiesta
Selezionare almeno uno dei motivi seguenti: ○ L'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per cui la limitazione si estenderà al periodo necessario al titolare del trattamento per ripristinare l'esattezza di tali dati personali; ○ Il trattamento è illecito, tuttavia l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali; ○ Benché il Titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. ○ L'interessato si è opposto al trattamento, per cui la limitazione si estenderà al periodo di attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato. ○ 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 la richiesta a privacy@asmbasilicata.it