



azienda sanitaria locale
matera

MODULO PER LA RICHIESTA DI PORTABILITÀ DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 20 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. 20 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la portabilità dei propri dati personali oggetto di trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico.	
Tipologia dei dati personali di cui si chiede la portabilità	
Indicare di seguito i dati personali di cui si chiede la portabilità: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 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