



MODULO PER LA RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento UE 2016/679

| Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati | |
|---|--|
| Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, con sede in Viale A. Diaz 7 – 94100 Enna – C.F./P.IVA: 01151150867 Tel: (+39) 0935 520111 – E-mail: protocollo.generale@asp.enna.it – PEC: protocollo.generale@pec.asp.enna.it Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) contattabile all'indirizzo di posta elettronica: dpo@asp.enna.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: <input type="radio"/> Per un periodo di tempo indefinito; <input type="radio"/> Per un periodo di tempo limitato (<i>specificare</i>): _____ | |
| Motivazione della richiesta | |
| Selezionare almeno uno dei motivi seguenti: <input type="radio"/> 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; <input type="radio"/> Il trattamento è illecito, tuttavia l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali; <input type="radio"/> 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. <input type="radio"/> 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. <input type="radio"/> 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 permettere al titolare del trattamento di verificarne l'identità, il soggetto interessato è pregato di allegare alla presente richiesta una copia del documento di riconoscimento in corso di validità.