

**Esercizio dei diritti dell'interessato in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esercita con la presente richiesta i suoi diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679.

(BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

<input type="checkbox"/>	<p><b>ACCESSO AI DATI PERSONALI (Art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679)</b></p> <p>Il sottoscritto intende avere conferma che sia in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e, in tal caso, ottenere l'accesso ai dati personali che lo riguardano e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> chiede di confermargli l'esistenza o meno di tali dati, anche se non ancora registrati, e/o</li><li><input type="checkbox"/> chiede di comunicargli i medesimi dati in forma intelligibile.</li></ul> <p>Eventuali specificazioni: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>RICHIESTA DI RETTIFICA, CANCELLAZIONE E/O LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO (Artt. 16, 17 e 18 del Regolamento (UE) 2016/679)</b></p> <p>Il sottoscritto chiede di effettuare le seguenti operazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> aggiornamento dei dati;</li><li><input type="checkbox"/> rettificazione dei dati;</li><li><input type="checkbox"/> integrazione dei dati;</li><li><input type="checkbox"/> cancellazione dei dati trattati;</li><li><input type="checkbox"/> trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione di legge;</li><li><input type="checkbox"/> blocco dei dati trattati in violazione di legge;</li><li><input type="checkbox"/> attestazione che tale intervento sui dati è stato portato a conoscenza, anche per quanto riguarda il suo contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi</li><li><input type="checkbox"/> limitazione del trattamento dei dati, per i seguenti motivi: _____</li></ul>
<input type="checkbox"/>	<p><b>OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI DI MARKETING E/O PROFILAZIONE (Artt. 21 e 22 del Regolamento (UE) 2016/679)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Il sottoscritto si oppone in qualsiasi momento al trattamento dei dati che lo riguardano, trattamento effettuato ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.</li><li><input type="checkbox"/> Il sottoscritto si oppone altresì al trattamento dei dati per la promozione e la vendita di prodotti e servizi specificamente individuati attraverso l'elaborazione e l'analisi di informazioni relative a preferenze, abitudini, scelte di consumo</li></ul> <p>Eventuali specificazioni: _____</p>

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuita. La Casa di Cura Villa Sant'Anna S.r.l. (di seguito anche "Clinica Sant'Anna") si riserva il diritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive).

**Termini per i riscontri**

La Clinica Sant'Anna La informa che il termine per dare riscontro alla presente richiesta è al più tardi **un mese** dal ricevimento della richiesta, prorogabile di due mesi in casi di particolare complessità. In questi casi la Clinica Sant'Anna fornisce almeno una comunicazione interlocutoria entro un mese.

**Recapito per la risposta**

Lei ha diritto di esprimere la Sua preferenza in merito alla modalità di ricezione della risposta da parte della Clinica Sant'Anna. Qualora non esprima tale preferenza, verrà utilizzata la medesima modalità utilizzata dall'interessato per la richiesta di esercizio dei diritti.

📍 INDIRIZZO POSTALE

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

📍 OPPURE (selezionare una delle due modalità)

📍 E-mail \_\_\_\_\_

📍 telefono \_\_\_\_\_

**Eventuali precisazioni**

Il sottoscritto precisa (fornire eventuali spiegazioni utili o indicare eventuali documenti allegati)

**Informativa al trattamento dei dati ex art.13 del Regolamento Europeo 2016/679**

La informiamo che la Clinica Sant'Anna ha il diritto di richiedere le informazioni necessarie al fine di individuare con certezza che l'autore della richiesta corrisponda effettivamente all'interessato per cui vengono esercitati i diritti ex artt.15-22 del Regolamento Europeo 2016/679, qualora l'identità del richiedente non sia accertata con altri elementi. I dati indicati nel presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per fornire riscontro alle istanze e saranno conservati per 5 anni, al fine di garantire idonea prova del procedimento per eventuali esercizi di diritti in sede amministrativa o giudiziale. I dati conferiti saranno trattati da incaricati interni alla struttura per la gestione della Sua richiesta.

**Allegati**

1. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente in qualità di interessato (quando sia necessario verificare l'identità del richiedente)
2. Eventuale procura se l'istanza è fatta in nome e per conto di terzi

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da compilare solo se l'istanza è fatta IN NOME E PER CONTO DI TERZI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Richiede di esercitare i diritti selezionati relativi

all'interessato \_\_\_\_\_ cui i dati personali oggetto di trattamento da parte della Clinica Sant'Anna si riferiscono.

(allegare PROCURA)