

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Modulo limitazione (GAI.MO.2866.00).doc
		pag1/1

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	
	<p>Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@aslvc.piemonte.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede del titolare, e consultabile anche sul sito https://www.aslvc.piemonte.it/datipersonali e tramite il QR code raffigurato qui accanto</p>
Interessato dal trattamento	
<p>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.</p>	
Tipologia della richiesta	
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Per un periodo di tempo indefinito; <input type="radio"/> Per un periodo di tempo limitato (<i>specificare</i>): _____ 	
Motivazione della richiesta	
<p>Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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	
<p>Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (<i>recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC</i>): _____</p>	
<p>Luogo e data: _____, ____/____/____ Firma: _____</p>	

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.

Stesura: Dott.ssa Martina Cinquegrana S.C. Gestione Affari Istituzionali	Verifica: Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali	Autorizzazione: Dott.ssa Eva Colombo Direzione Generale	Emissione: Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			