


 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Modulo accesso (GAI.MO.2864.00).doc
		pag1/2

MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI
ai sensi dell'articolo 15 del Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 3; padding-left: 10px;"> <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> </div> </div>
Interessato dal trattamento
<p>Il/La Sottoscritto/a _____, C.F. _____, C.I. _____, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare l'accesso ai propri dati personali oggetto di trattamento.</p>
Tipologia della richiesta
<p>L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano e, in tal caso, chiede di ottenere l'accesso alle seguenti informazioni (<i>selezionare le opzioni pertinenti</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le finalità del trattamento e le categorie di dati personali coinvolti nello stesso; <input type="checkbox"/> I destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali; <input type="checkbox"/> Il periodo di conservazione dei dati personali previsto, o i criteri utilizzati per determinarlo; <input type="checkbox"/> Se del caso, le modalità per richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento; <input type="checkbox"/> Le modalità per proporre reclamo a un'autorità di controllo; <input type="checkbox"/> Qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine; <input type="checkbox"/> L'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato. <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>): _____ <p>L'interessato, inoltre, chiede di avere copia dei dati personali oggetto del trattamento in formato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cartaceo, assumendosi l'onere di corrispondere al titolare un eventuale corrispettivo per le relative spese amministrative sostenute; <input type="checkbox"/> Elettronico di uso comune (<i>specificare formato</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>

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 Direttore 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.			

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Modulo accesso (GAI.MO.2864.00).doc
		pag2/2

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