

**A****SAN CRISTOFORO S.R.L.  
GESTIONE CENTRO MEDICO**Borgo Pietro Wuhrer, 129  
25123– Brescia

Gentilissima Signora, Egregio Signore,

in virtù di quanto previsto dal Reg. UE 2016/679, **SAN CRISTOFORO S.R.L. - GESTIONE CENTRO MEDICO** si attiene scrupolosamente a quanto prescritto dal Capo III del Regolamento, del cui contenuto gli interessati sono portati a conoscenza tramite l'informativa al trattamento che è messo a loro disposizione e/o consegnata prima dell'inizio di qualunque tipologia di trattamento di dati che li riguardano.

A tal fine è stato predisposto il presente *Modulo per la Richiesta dell'Esercizio dei Diritti dell'Interessato* che dovrà essere compilato dall'interessato.

Il documento verrà utilizzato per registrare la richiesta dell'interessato e gli verrà restituito – compilato nelle parti di competenza da **SAN CRISTOFORO S.R.L. - GESTIONE CENTRO MEDICO** – quale riscontro alla stessa.

Il/La sottoscritto/a								
nato/a a		il		/		/		
intende esercitare con la presente richiesta i suoi diritti di cui al Capo III del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.								
In particolare:								

<b>1. CONFERMA DELL'ESISTENZA DEI DATI</b>	<i>(barrare solo le caselle che interessano)</i>
--	--

Il/La sottoscritto/a intende accedere ai dati che lo riguardano e precisamente:

 chiede la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati

e/o

 chiede la comunicazione in forma intelligibile dei dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

.....

.....

.....

<b>2. RICHIESTA DI NOTIZIE IN MERITO AL TRATTAMENTO</b>	<i>(barrare solo le caselle che interessano)</i>
---	--

Il/La sottoscritto/a chiede di conoscere alcune notizie sul trattamento e precisamente:

 chiede di conoscere l'origine dei dati (ovvero il soggetto o la specifica fonte dalla quale essi sono stati acquisiti); chiede di conoscere le finalità del trattamento dei dati che lo riguardano; chiede di conoscere le modalità del medesimo trattamento; chiede di conoscere la logica applicata al trattamento effettuato con strumenti elettronici; chiede di conoscere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del Responsabile della Protezione dei Dati (RDP/DPO); chiede di conoscere i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

.....

.....

.....

<b>3. RICHIESTA DI INTERVENTO SUI DATI</b>	<i>(barrare solo le caselle che interessano)</i>
--	--

Il/La sottoscritto/a chiede di effettuare le seguenti operazioni:

 aggiornamento dei dati; rettificazione dei dati; integrazione dei dati;

Cancellazione (oblio), trasformazione in forma anonima o il blocco o limitazione dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

attestazione che le operazioni precedentemente identificate sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):  
.....  
.....  
.....

**4. PORTABILITÀ DEI DATI** *(barrare solo le caselle che interessano)*

Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto alla portabilità dei dati:

per motivi legittimi, di seguito indicati, al trattamento effettuato con mezzi automatizzati dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo finalità del trattamento basato sul consenso  
MOTIVI.....

e di ottenere la trasmissione diretta dei dati personali dal titolare del trattamento **SAN CRISTOFORO S.R.L. - GESTIONE CENTRO MEDICO** al titolare \_\_\_\_\_, se tecnicamente fattibile.

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):  
.....  
.....  
.....

**5. OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO** *(barrare solo le caselle che interessano)*

Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto ad opporsi, in tutto o in parte:

per motivi legittimi, di seguito indicati, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta  
MOTIVI.....

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):  
.....  
.....  
.....

**6. OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO PER FINI PUBBLICITARI** *(barrare solo le caselle che interessano)*  
(Art. 7 comma 4)

Il/La sottoscritto/a chiede di poter esercitare il proprio diritto ad opporsi, in tutto o in parte:

al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):  
.....  
.....  
.....

**7. PRECISAZIONI DELL'INTERESSATO** *(barrare solo le caselle che interessano)*

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

.....  
.....  
.....  
.....

**DICHIARAZIONI FINALI - RECAPITI E DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'INTERESSATO**

Il sottoscritto si riserva di rivolgersi all'autorità giudiziaria o al Garante (con segnalazione, reclamo o ricorso) se entro 30 giorni dal ricevimento della presente istanza non perverrà un riscontro idoneo e motivato.

Di seguito i recapiti per la risposta

Via/Viale/Piazza		Numero Civico	
CITTA		PROVINCIA	C.A.P.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail:			
FAX			
Telefono (*)			
Estremi del Documento di riconoscimento (**)			
Luogo e data _____	_____ (firma dell'interessato)		

\* Le richieste in esame e la relativa risposta possono essere anche orali. Tuttavia, se l'Interessato si rivolge al Garante con un ricorso, occorre allegare copia della richiesta rivolta al Titolare del trattamento.

\*\* Esibire o allegare copia di un documento di riconoscimento.