

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</p> <p>(artt. 7 e 8 del Codice)</p>	<p>R10/IOA29 Rev. 1 Pag. 1/2 Data di applicazione: 25.02.2013</p>
---	--	---

Al Titolare del trattamento dei dati
Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico S.Orsola Malpighi
Via Albertoni, 15 40138 Bologna

p.c. Referente Aziendale Privacy
Via Albertoni, 15 40138 Bologna

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
esercita con la presente richiesta i suoi diritti di cui all'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lg. 30 giugno 2003, n. 196):

ACCESSO AI DATI PERSONALI (art. 7, comma 1, del Codice) (BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

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

- chiede di confermarli l'esistenza o meno di tali dati, anche se non ancora registrati,
e/o
 chiede di comunicargli i medesimi dati in forma intelligibile (art.10 del Codice).

RICHIESTA DI CONOSCERE ALCUNE NOTIZIE SUL TRATTAMENTO (art. 7, comma 2, del Codice)
(BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Il sottoscritto chiede di conoscere:

- l'origine dei dati (ovvero il soggetto o la specifica fonte dalla quale essi sono stati acquisiti);
 le finalità del trattamento dei dati che lo riguardano;
 le modalità del medesimo trattamento;
 la logica applicata al trattamento effettuato con strumenti elettronici;
 gli estremi identificativi del titolare del trattamento (ovvero della pubblica amministrazione, della persona giuridica pubblica o privata, dell'associazione od organismo che li tratta);
 gli estremi identificativi del/i responsabile/i del trattamento (nel caso in cui siano designati ai sensi dell'art. 29 del Codice);
 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o di incaricati o di rappresentante designato nel territorio dello Stato;
 gli estremi identificativi del rappresentante del titolare nel territorio dello Stato (se designato ai sensi dell'art. 5 del Codice).

RICHIESTA DI INTERVENTO SUI DATI (art. 7, comma 3, del Codice) (BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Il sottoscritto chiede di effettuare le seguenti operazioni:

- aggiornamento dei dati _____
 rettificazione dei dati _____
 integrazione dei dati _____
 cancellazione dei dati trattati in violazione di legge (compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</p> <p>(artt. 7 e 8 del Codice)</p>	<p>R10/IOA29 Rev. 1 Pag. 2/2 Data di applicazione: 25.02.2013</p>
--	--	---

trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione di legge (compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione)

blocco dei dati trattati in violazione di legge (compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione)

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.

OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO PER MOTIVI LEGITTIMI (art. 7, comma 4, del Codice)
(BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Il sottoscritto si oppone al trattamento dei dati per i seguenti motivi legittimi:

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

Il sottoscritto si riserva di rivolgersi all'autorità giudiziaria o al Garante (con segnalazione, reclamo o ricorso: artt. 141 ss. del Codice) se entro 15 giorni dal ricevimento della presente istanza non perverrà un riscontro idoneo.

Recapito per la risposta:

Indirizzo postale: _____
Via/Piazza _____
Comune _____
Provincia _____ Codice postale _____

oppure e-mail: _____

oppure telefax: _____

oppure telefono: _____

Estremi di un documento di riconoscimento:

*Esibire o allegare copia di un documento di riconoscimento, se l'identità del richiedente non è accertata da altri elementi.

_____ (Luogo e data) _____ (Firma)

Trattamento dei dati personali - Informativa art. 13 D. lgs. 196/2003

I dati da Lei dichiarati sono utilizzati dagli uffici competenti esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta e per le sole finalità strettamente connesse.
Il Titolare del Trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi.
Lei può in ogni momento esercitare il diritto di accedere, rettificare, aggiornare, integrare e cancellare i dati da Lei comunicati, come previsto all'art.7 del D. lgs 196/2003, rivolgendo sui al Referente Aziendale Privacy tel. 051 6364021, e-mail referente.privacy@aosp.bo.it