

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p><b>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b></p> <p>(artt. 15- 22 del regolamento UE 2016/679)</p>	<p>R10/IOA29 Rev. 2 Pag. 1/3 Data di applicazione:01/01/2019</p>
---	--	--

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

**p.c. Responsabile 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 agli art. 15-22 del Regolamento UE 2616/679:

\*\*\*\*\*

**ACCESSO AI DATI PERSONALI** (art . 15 Regolamento UE 2616/679)

*(barrare solo le caselle che interessano)*

Il sottoscritto:

- chiede conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano;
- in caso di conferma, chiede di ottenere l'accesso a tali dati, una copia degli stessi, e tutte le informazioni previste alle lettere da a) a h) dell'art. 15, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679, e in particolare;
  - le finalità del trattamento;
  - le categorie di dati personali trattate;
  - 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;
  - il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
  - l'origine dei dati (ovvero il soggetto o la specifica fonte dalla quale essi sono stati acquisiti);
  - 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.

\*\*\*\*\*

**RICHIESTA DI INTERVENTO SUI DATI** (artt. 16-18 del Regolamento (UE) 2016/679)

*(barrare solo le caselle che interessano)*

Il sottoscritto chiede di effettuare le seguenti operazioni:

- rettificazione e/o aggiornamento dei dati (art. 16 del Regolamento (UE) 2016/679);
- cancellazione dei dati (art. 17, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679), per i seguenti motivi (specificare quali):

- a)...
- b)....;
- c)...

nei casi previsti all'art. 17, paragrafo 2, del Regolamento (UE) 2016/679, l'attestazione che il titolare ha informato altri titolari di trattamento della richiesta dell'interessato di cancellare

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p><b>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b></p> <p>(artt. 15- 22 del regolamento UE 2016/679)</p>	<p>R10/IOA29 Rev. 2 Pag. 2/3 Data di applicazione:01/01/2019</p>
--	--	--

- link, copie o riproduzioni dei suoi dati personali;
- limitazione del trattamento (art. 18) per i seguenti motivi (*barrare le caselle che interessano*):
  - contesta l'esattezza dei dati personali;
  - il trattamento dei dati è illecito;
  - i dati sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
  - l'interessato si è opposto al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 21, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679.

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

---



---



---



---

**PORTABILITÀ DEI DATI<sup>1</sup>** (art. 20 del Regolamento (UE) 2016/679)

Con riferimento a tutti i dati personali forniti al titolare, il sottoscritto chiede di (*barrare solo le caselle che interessano*):

- ricevere tali dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico;
- trasmettere direttamente al seguente diverso titolare del trattamento (specificare i riferimenti identificativi e di contatto del titolare: .....):
  - tutti i dati personali forniti al titolare
  - un sottoinsieme di tali dati

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

---



---



---



---

**OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO** (art. 21, paragrafo 1 del Regolamento (UE) 2016/679)

- Il sottoscritto si oppone al trattamento dei suoi dati personali ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera e) o lettera f), per i seguenti motivi legati alla sua situazione particolare (specificare):

---



---



---

<sup>1</sup> Per approfondimenti: Linee-guida sul diritto alla "portabilità dei dati" - WP242, adottate dal Gruppo di lavoro Art. 29, disponibili in [www.garanteprivacy.it/regolamentoue/portabilita](http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue/portabilita).

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p><b>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b></p> <p>(artt. 15- 22 del regolamento UE 2016/679)</p>	<p>R10/IOA29 Rev. 2 Pag. 3/3 Data di applicazione:01/01/2019</p>
--	--	--

**OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO PER FINI DI MARKETING DIRETTO** (art. 21, paragrafo 2 del Regolamento (UE) 2016/679)

Il sottoscritto si oppone al trattamento dei dati effettuato a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto:

- Chiede di essere informato, ai sensi dell'art. 12, paragrafo 4 del Regolamento (UE) 2016/679, al più tardi entro un mese dal ricevimento della presente richiesta, degli eventuali motivi che impediscono al titolare di fornire le informazioni o svolgere le operazioni richieste.
- Chiede, in particolare, di essere informato della sussistenza di eventuali condizioni che impediscono al titolare di identificarlo come interessato, ai sensi dell'art. 11, paragrafo 2, del Regolamento (UE) 2016/679.

\*\*\*\*\*

**Recapito per la risposta<sup>2</sup>:**

Via/Piazza: \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Codice postale \_\_\_\_\_

Oppure

e-mail/PEC: \_\_\_\_\_

**Eventuali precisazioni**

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Luogo e data) \_\_\_\_\_ (Firma)

<sup>2</sup> Allegare copia di un documento di riconoscimento