

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>	<p align="center">ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</p> <p align="center">(artt. 15- 22 del Regolamento (UE) 2016/679)</p>	<p align="right">R01/PA122 Rev. 2 Data di applicazione: 17.03.2023</p> <p align="right">Pag. 1/3</p>
---	--	---

Al Titolare del trattamento dei dati

IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico di S.Orsola
via Albertoni n. 15
40138 Bologna
PEldirezione.generale@pec.aosp.bo.it

Data Protection Officer (DPO)

dpo@aosp.bo.it

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) 2016/679:

1. ACCESSO AI DATI PERSONALI (art. 15 Regolamento UE 2016/679)

Il sottoscritto (barrare solo le caselle che interessano):

- chiede conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano;
- in caso di conferma, chiede di ottenere, **qualora non fosse possibile recuperare tali dati da altre fonti informative ad es. il FSE**, 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.

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

Il sottoscritto chiede di effettuare le seguenti operazioni (barrare solo le caselle che interessano):

- rettifica 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) _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>	<p align="center">ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</p> <p align="center">(artt. 15- 22 del Regolamento (UE) 2016/679)</p>	<p align="right">R01/PA122 Rev. 2 Data di applicazione: 17.03.2023</p> <p align="right">Pag. 2/3</p>
---	--	---

- 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 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):

3. PORTABILITÀ DEI DATI (art. 20 del Regolamento (UE) 2016/679)

Con riferimento a tutti i dati personali **forniti al titolare e gestiti da questi attraverso strumenti informatizzati**, 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 (in modo attivo e consapevole)

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

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p> <p>POLICLINICO DI SANT'ORSOLA</p>	<p align="center">ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</p> <p align="center">(artt. 15- 22 del Regolamento (UE) 2016/679)</p>	<p align="right">R01/PA122 Rev. 2 Data di applicazione: 17.03.2023</p> <p align="right">Pag. 3/3</p>
---	--	---

4. 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):

5. PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO (art. 22, del Regolamento (UE) 2016/679)

- Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 22 del Regolamento (UE) 2016/679, chiede di esercitare il diritto di non essere sottoposto a decisioni basate unicamente sul trattamento automatizzato che producano effetti giuridici che lo riguardano o che incidono significativamente sulla sua persona; in tal caso chiede di essere ascoltato dal titolare o da suo delegato.*

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:

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 _____

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.