**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** |
| Sanicam Palermo – Poliambulatorio Specialistico S.p.A. , C.F. e P.IVA 00303840821 , Piazzale del Fante 16 – 90146 Palermo , T. 091 6703366 info@sanicampalermo.it , PEC: sanicampalermo@legalmail.itResponsabile della protezione dei dati contattabile all’indirizzo di posta elettronica: dpo@sanicampalermo.it. |
| **Interessato dal trattamento** |
| 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. |
| **Tipologia della richiesta** |
| 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 *(selezionare le opzioni pertinenti)*:* Le finalità del trattamento e le categorie di dati personali coinvolti nello stesso;
* 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, o i criteri utilizzati per determinarlo;
* 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;
* Le modalità per proporre reclamo a un'autorità di controllo;
* Qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
* 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.
* Altro *(specificare)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’interessato, inoltre, chiede di avere copia dei dati personali oggetto del trattamento in formato:* Cartaceo, assumendosi l’onere di corrispondere al titolare un eventuale corrispettivo per le relative spese amministrative sostenute;
* Elettronico di uso comune *(specificare formato)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Dati di contatto** |
| Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all’indirizzo *(recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*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.*