**MODULO PER LA RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DEI DATI PERSONALI**

*ai sensi dell’articolo 17 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.it](mailto:sanicampalermo@legalmail.it) Responsabile 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. 17 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la cancellazione dei 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 cancellazione:   * Totale, ossia di tutti i dati personali che lo riguardano, ad eccezione dei dati personali che il titolare è obbligato a conservare al fine di adempiere ad un obbligo legale; * Parziale, ovvero solo di alcuni dei dati personali trattati dal titolare. In particolare, dei seguenti dati personali *(specificare)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Motivazione della richiesta** |
| Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:   * I dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati; * L'interessato revoca il consenso su cui si basa il trattamento; * L'interessato si oppone al trattamento effettuato per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento. * I dati personali sono stati trattati illecitamente. * I dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale cui è soggetto il titolare del trattamento. * Altro *(specificare)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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.*