**MODULO PER LA RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

*ai sensi dell’articolo 18 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. 18 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la limitazione delle attività di trattamento dei propri dati personali. |
| **Tipologia della richiesta** |
| L’interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la limitazione del trattamento avente ad oggetto i dati personali che lo riguardano:   * Per un periodo di tempo indefinito; * Per un periodo di tempo limitato *(specificare)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Motivazione della richiesta** |
| Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:   * L’interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per cui la limitazione si estenderà al periodo necessario al titolare del trattamento per ripristinare l'esattezza di tali dati personali; * Il trattamento è illecito, tuttavia l’interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali; * Benché il Titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali 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, per cui la limitazione si estenderà al periodo di attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato. * 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.*