**MODULO PER LA RICHIESTA DI OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO**

*ai sensi dell’articolo 21 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. 21 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si oppone al trattamento dei propri dati personali effettuato dal suddetto titolare. |
| **Ragioni dell’opposizione al trattamento** |
| Con riferimento al trattamento dei propri dati personali eseguito dal titolare, l’interessato intende opporsi:* Alle attività di marketing diretto svolte nei suoi confronti;
* Alle attività di profilazione svolte nei suoi confronti;
* Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto non necessaria per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connessa all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;
* Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto, pur essendo necessaria per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi, prevalgono gli interessi e i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato.
* Altro *(specificare qui di seguito)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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.*