

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Regione Abruzzo</p> <p>Modulo per la richiesta di cancellazione dei dati personali</p> <p><i>ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento UE 2016/679</i></p>	<p>Documento: Modulo per la richiesta di cancellazione dei dati personali</p> <p>Revisione n.: 1</p> <p>Data Emissione: luglio 2022</p>
<p>GDPR</p>	<p>pag. 1 di 1</p>	

 Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati
<p>AUSL TERAMO 4</p>
 Interessato dal trattamento
<p>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.</p>
 Tipologia della richiesta
<p>L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la cancellazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 (<i>specificare</i>): _____
 Motivazione della richiesta
<p>Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 (<i>specificare</i>): _____
 Dati di contatto
<p>Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (<i>recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC</i>): _____</p>
<p>Luogo e data: _____ , ____ / ____ / _____ Firma: _____</p>

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. Inviare la richiesta all'indirizzo protezionedati@aslteramo.it.