

 <p>ASL TERAMO www.aslteramo.it</p>	<p>Regione Abruzzo</p> <p><b>Modulo per la richiesta di limitazione del trattamento dei dati</b></p> <p><i>ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento UE 2016/679</i></p>	<p>Documento: Modulo per la richiesta di limitazione ai dati personali</p> <p>Revisione n.: 1</p> <p>Data Emissione: luglio 2022</p>
<p>GDPR</p>	<p>pag. 1 di 1</p>	

<b>Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati</b>
<p>AUSL TERAMO 4</p>
<b>Interessato dal trattamento</b>
<p>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.</p>
<b>Tipologia della richiesta</b>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Per un periodo di tempo indefinito;</li> <li>○ Per un periodo di tempo limitato (<i>specificare</i>): _____</li> </ul>
<b>Motivazione della richiesta</b>
<p>Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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;</li> <li>○ Il trattamento è illecito, tuttavia l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali;</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Altro (<i>specificare</i>): _____</li> </ul>
<b>Dati di contatto</b>
<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](mailto:protezionedati@aslteramo.it).