

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p><b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b></p>	<p><b>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b> <i>(artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679</i></p>	<p>Rev. 01 del 24/01/2024</p> <p><b>MRPA 262_01</b></p> <p>Pagina 1 di 4</p>
---	--	--

Azienda Usl della Romagna  
Via de Gasperi, 8  
Ravenna  
(alla c.a UO Affari Generali e Legali)  
Pec: azienda@pec.auslromagna.it

Al responsabile della Protezione dei dati:  
dpo@auslromagna.it

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, esercita con la presente richiesta i suoi diritti  
di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679

\* \* \*

**Diritto di accesso**

(art. 15, paragrafi 1 e 3 Regolamento (UE) 2016/679)  
(Barrare solo le voci che interessano)

Il sottoscritto:

- chiede conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano; in caso di conferma, chiede di ottenere l'accesso a tali dati, una copia degli stessi, e tutte le informazioni previste alle lettere da a) a h) dell'art. 15, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679, e in particolare:
- Le finalità del trattamento;
  - Le categorie di dati personali in questione;
  - I destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
  - Il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p><b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b></p>	<p><b>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b> <i>(artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679</i></p>	<p>Rev. 01 del 24/01/2024</p> <p><b>MRPA 262_01</b></p> <p>Pagina 2 di 4</p>
---	--	--

- L'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.

**Richiesta di intervento sui dati** (artt.16, 17, 18, 20 Regolamento (UE) 2016/679)

*(Barrare solo le voci che interessano)*

Il sottoscritto chiede di effettuare le seguenti operazioni:

- rettificazione e/o aggiornamento dei dati (art. 16 del Regolamento (UE) 2016/679);
- cancellazione dei dati (art. 17, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679), per i seguenti motivi *(specificare quali)*:
  - a)...
  - b)....;
  - c)...
- nei casi previsti all'art. 17, paragrafo 2, del Regolamento (UE) 2016/679, l'attestazione che il titolare ha informato altri titolari di trattamento della richiesta dell'interessato di cancellare link, copie o riproduzioni dei suoi dati personali;
- limitazione del trattamento (art. 18) per i seguenti motivi *(barrare le caselle che interessano)*:
  - contesta l'esattezza dei dati personali;
  - il trattamento dei dati è illecito;
  - i dati 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 dei dati ai sensi dell'art. 21, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679.

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p><b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b></p>	<p align="center"><b>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b> <i>(artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679</i></p>	<p align="right">Rev. 01 del 24/01/2024</p> <p align="center"><b>MRPA 262_01</b></p> <p align="right">Pagina 3 di 4</p>
---	---	---

\* \* \*

**Opposizione al trattamento** (art. 21, par. 1 Regolamento (UE) 2016/679)

- Il sottoscritto si oppone al trattamento dei suoi dati personali ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera e) o lettera f), per i seguenti motivi legati alla sua situazione particolare (specificare):

---



---



---



---



---



---



---



---

**Il sottoscritto:**

- Chiede di essere informato, ai sensi dell'art. 12, paragrafo 4 del Regolamento (UE) 2016/679, al più tardi entro un mese dal ricevimento della presente richiesta, degli eventuali motivi che impediscono al titolare di fornire le informazioni o svolgere le operazioni richieste.
- Chiede, in particolare, di essere informato della sussistenza di eventuali condizioni che impediscono al titolare di identificarlo come interessato, ai sensi dell'art. 11, paragrafo 2, del Regolamento (UE) 2016/679.
-

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna</p> <p><b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b></p>	<p><b>ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b> <i>(artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679</i></p>	<p>Rev. 01 del 24/01/2024</p> <p><b>MRPA 262_01</b></p> <p>Pagina 4 di 4</p>
---	--	--

### Recapito per la risposta<sup>1</sup>

Via/Piazza  
Comune  
Provincia  
Codice postale  
oppure  
e-mail/PEC:

### Eventuali precisazioni

Il sottoscritto precisa (fornire eventuali spiegazioni utili o indicare eventuali documenti allegati):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

(Firma del richiedente) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Allegare copia di un documento di riconoscimento