



Al Titolare del Trattamento  
Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa  
Piazza Igea n°1  
97100 Ragusa

E p.c.

*Data Protection Officer*  
Dr.ssa Giovanna Di Stefano  
c/o Presidio Ospedaliero "Civile"  
97100 Ragusa

**OGGETTO: Esercizio dei diritti in materia di protezione dei dati personali (artt. 15-22 del Regolamento Europeo 2016/679)**

Il/La sottoscritto/a (*Nome*).....(*Cognome*).....  
nato/a a..... Prov (.....) il....., residente a ..... Prov (.....) in  
..... Codice Fiscale .....

Documento di riconoscimento .....n.....rilasciato da.....

IN NOME PROPRIO

OPPURE IN NOME E PER CONTO DI

( Parte eventuale da compilare con i dati di chi esercita il diritto al posto dell'interessato )

Tutore/Curatore ; Legale rappresentante ; Amministratore di sostegno ; Soggetto delegato dall'interessato

(*Nome*)..... (*Cognome*).....  
nato/a a..... Prov (.....) il....., residente a ..... Prov (.....) in  
..... Codice Fiscale .....

Esercita con la presente richiesta i seguenti diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679:

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

---

---

---

---

---

---

### 1. Accesso ai dati personali

(art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679)

Il sottoscritto (barrare solo le caselle che interessano):

- chiede conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano;
- in caso di conferma, chiede di ottenere copia delle specifiche informazioni sul trattamento dei dati ;
- in caso di conferma, chiede di ottenere una copia dei dati personali stessi
- di avere tutte le informazioni previste alle lettere da a) a h) dell'art. 15, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679, qualora non già riportate nelle informazioni rilasciate dall'azienda.

### 2. Richiesta di intervento sui dati

Il sottoscritto chiede di effettuare le seguenti operazioni (barrare solo le caselle che interessano):

- 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)...

- limitazione del trattamento (art. 18) per i seguenti motivi (barrare le caselle che interessano):

a)... contesta l'esattezza dei dati personali

b)....; il trattamento dei dati è illecito

c)....; i dati sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;

d)...l'interessato si è opposto al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 21, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679;

### 3. Opposizione al trattamento -(art. 21, paragrafo 1 del 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.

**Recapito per la risposta :**

Via/Piazza.....

Comune ..... Provincia..... Codice postale .....

oppure

indirizzo di posta elettronica:.....

indirizzo di posta elettronica certificata .....

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

---

---

---

Si allega alla presente documento di riconoscimento in corso di validità ( anche dell'eventuale soggetto in nome e per conto del quale si esercitano i diritti) qualora non sia accertata in altro modo l'identità dell'istante

---

---

Si allega alla presente la seguente documentazione attestante i poteri per i quali vengono esercitati i diritti in nome e per conto dell'interessato o autocertificazione della stessa (per esempio decreto di nomina di amministratore di sostegno, delega dell'interessato, ecc. ecc.)

*(luogo e data)*

*(firma)*

---

---