



## MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'articolo 15 del Regolamento UE 2016/679)

### Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo (P.I. e C.F. 05841790826) Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo, Pec: protocollo@cert.policlinico.pa.it

Web: www.policlinico.pa.it

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) contattabile all'indirizzo di posta elettronica: **dpo@policlinico.pa.it**

**Sede ufficio:** via Gaetano La Loggia, n. 1 - PALERMO

**Recapiti telefonici:** 091-6555602 - 091-6555605

### Soggetto interessato dal trattamento

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,

C.I. \_\_\_\_\_, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare l'accesso ai propri dati personali oggetto di trattamento.

### Tipologia della richiesta

L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano e, in tal caso, chiede di ottenere l'accesso alle seguenti informazioni (*selezionare le opzioni pertinenti*):

- Le finalità del trattamento e le categorie di dati personali coinvolti nello stesso;
- 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, o i criteri utilizzati per determinarlo;
- Se del caso, le modalità per richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- Le modalità per proporre reclamo a un'autorità di controllo;
- Qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
- L'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
- Altro (*specificare*): \_\_\_\_\_

L'interessato, inoltre, chiede di avere copia dei dati personali oggetto del trattamento in formato:

- Cartaceo, assumendosi l'onere di corrispondere al titolare un eventuale corrispettivo per le relative spese amministrative sostenute;
- Elettronico di uso comune (*specificare formato*): \_\_\_\_\_

### Dati 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*

