



MODULO PER LA PORTABILITA' DEI DATI

(ai sensi dell'articolo 20 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. 20 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la portabilità dei propri dati personali oggetto di trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico.

Tipologia dei dati personali di cui si chiede la portabilità

Indicare di seguito i dati personali di cui si chiede la portabilità:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

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

