



MODULO PER LA RICHIESTA DI RETTIFICA E INTEGRAZIONE DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'articolo 16 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. 16 del
Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la rettifica e/o l'integrazione dei propri dati personali oggetto di
trattamento.

Tipologia della richiesta

Indicare di seguito i dati personali di cui si chiede la rettifica e/o l'integrazione, specificando altresì l'oggetto della richiesta e quale sia la rettifica e/o l'integrazione da effettuare:

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

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

