

All'attenzione del  
Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)  
dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

TRASMISSIONE VIA EMAIL: [dpo@ao.pr.it](mailto:dpo@ao.pr.it)

OPPURE

CONSEGNA A MANI O TRASMISSIONE POSTALE:  
c/o URP via Gramsci, 14 - 43126 Parma (PR)

**ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**  
*(artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679)*

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a..... il ...../...../.....,

**in qualità di**  
**[barrare la casella di interesse]**

diretto interessato

oppure

esercente responsabilità genitoriale

amministratore di sostegno

tutore

di:

..... nato/a a ..... il ...../...../.....

**CHIEDE**

ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679:

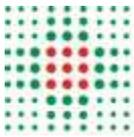
**Accesso ai dati personali**

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

Il/La sottoscritto/a *(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 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 trattate;
- 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;
- l'origine dei dati (ovvero il soggetto o la specifica fonte dalla quale essi sono stati acquisiti);
- 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.

**Intervento sui dati**

(artt. 16-18 del Regolamento (UE) 2016/679)

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

- rettifica dati inesatti e/o integrazione dei dati personali incompleti (*dichiarazione integrativa allegata*) (art. 16 del Regolamento (UE) 2016/679);
- cancellazione dei dati (art. 17, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679) – qualora applicabile al trattamento dei dati in ambito sanitario – per i seguenti motivi (*specificare quali*):

.....;  
.....;  
.....

- 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*):

---



---



---



---

(**Portabilità dei dati** (art. 20 del Regolamento (UE) 2016/679): non applicabile nei confronti dei Titolari del trattamento che trattano dati personali nell'esercizio delle loro funzioni pubbliche)

**Opposizione al trattamento**

(art. 21, paragrafo 1 del Regolamento (UE) 2016/679)

- Il/La sottoscritto/a 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/la sottoscritto/a:

- 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 ..... CAP .....

**oppure**

e-mail/PEC: .....

**Eventuali precisazioni**

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

---

---

---

---

---

Per ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali ad opera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, si rimanda alle Informazioni generali consultabili sul sito web dell'Azienda [www.ao.pr.it](http://www.ao.pr.it).

(Luogo e data)

\_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_

**Allegare copia di un documento di identità o di riconoscimento se non compilata avanti al personale dell'URP**

-----

**DA COMPLETARE A CURA DEL PERSONALE DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)**

**DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI PARMA (se consegnata a mani):**

Si riceve la presente richiesta in data \_\_\_\_\_.

Firma Operatore (o timbro)

\_\_\_\_\_