



ISTANZA DI LIMITAZIONE DI TRATTAMENTO
(Regolamento UE 2016/679 - art.18)

Al Direttore Generale ASL Avellino
Via degli Imbimbo 10/12
83100 AVELLINO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

esercita con la presenta richiesta i propri diritti di cui all'articolo 18 del Regolamento UE 2016/679

oppure

in qualità di ¹ _____ di (nome e cognome) _____, nato/a a _____, il _____, documento di identità n. _____

esercita con la presenta richiesta i diritti di cui all'articolo 18 del Regolamento UE 2016/679 spettanti all'interessato.

(Barrare le caselle che interessano)

Il sottoscritto

- chiede la limitazione del trattamento** dei dati personali che riguardano il sottoscritto/interessato per i motivi di seguito indicati:
- l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali;
- il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- benchè il titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali 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 ai sensi dell'art. 21, par. 1, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.
- chiede di conoscere i destinatari ai quali sono stati trasmessi i dati e ai quali il titolare comunicherà la limitazione del trattamento (art. 19)

¹ Specificare se tutore, rappresentante legale, amministratore di sostegno, familiare, , responsabile della struttura presso cui dimora

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati, il trattamento/fiinalità cui si fa riferimento qualora la richiesta si riferisca a casi specifici)

Si chiede che il riscontro alla presente istanza avvenga al seguente recapito:

Via _____ Comune _____
Provincia _____ CAP _____

Oppure

e-mail _____

Oppure

FAX _____

EVENTUALI PRECISAZIONI (fornire eventuali spiegazioni utili o indicare eventuali documenti allegati)

LUOGO e DATA _____

FIRMA (per esteso e leggibile) _____

Allegare copia documento di riconoscimento dell'interessato e nel caso di legale rappresentante di entrambi

La presente richiesta viene raccolta dall'operatore _____ in servizio presso _____

Estremi documento d'identità del rappresentante e dell'interessato: _____

