



Mod.D

ISTANZA DI CANCELLAZIONE
(Regolamento UE 2016/679 - art. 17)

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 17 del Regolamento UE 2016/679

oppure

☐ in qualità di¹ _____ di (nome e cognome)
_____, nato/a a _____, il _____,
documento di identità n. _____

esercita con la presenta richiesta i diritti di cui all'articolo 17 del Regolamento UE 2016/679 spettanti all'interessato

(Barrare le caselle che interessano)

Il sottoscritto

- ☐ **chiede la cancellazione dei dati personali** che riguardano il sottoscritto/ interessato per i motivi di seguito indicati:
- ☐ i dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- ☐ l'interessato revoca il consenso su cui si basa il trattamento conformemente all'art. 6, par. 1, lett. a) o all'art. 9, par. 2, lett. a), e se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento;
- ☐ l'interessato si oppone al trattamento ai sensi dell'art. 212, par. 1, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento, oppure si oppone al trattamento ai sensi dell'art. 21, par. 2;
- ☐ i dati personali sono stati trattati illecitamente;
- ☐ i dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento;
- ☐ i dati personali sono stati raccolti relativamente all'offerta di servizi della società dell'informazione di cui all'art. 8, par. 1

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/finalità cui si fa riferimento qualora la richiesta si riferisca a casi specifici)

- ☐ chiede di conoscere i destinatari ai quali sono stati trasmessi i dati e ai quali il titolare comunicherà la cancellazione dei dati (art. 19)

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: _____
