

	<b>Mod. 30/04</b>	<b>MODELLO DI ESERCIZIO DEI DIRITTI</b>	<b>Sito Web Medi Care</b>
---	-----------------------	---	-------------------------------

All'attenzione di  
**Medi Care Soc. Coop. Sociale**  
 Via M. Rumor, 10 – 97100 Ragusa  
 Partita IVA 00713620888

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

Modalità di invio del presente modulo (barrare l'opzione scelta):

- via e-mail all'indirizzo: **privacy@medicareonline.it**
- via P.E.C. all'indirizzo: **medicare@legalmail.it**
- via Raccomandata A/R all'indirizzo indicato nell'intestazione
- via Raccomandata a mano

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

esercita con la presente richiesta i seguenti diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679:

**1. Accesso ai dati personali**

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

Il sottoscritto *(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.

	<b>Mod. 30/04</b>	<b>MODELLO DI ESERCIZIO DEI DIRITTI</b>	<b>Sito Web Medi Care</b>
---	-----------------------	---	-------------------------------

## 2. Richiesta di intervento sui dati

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

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

- ☐ rettifica e/o aggiornamento dei dati (art. 16 del Regolamento (UE) 2016/679);
- ☐ cancellazione dei dati (art. 17, paragrafo 1, del Regolamento (UE) 2016/679), per i seguenti motivi (*specificare quali*):

a).....;

b).....;

c).....;

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):

---

---

---

---

---

---

	<b>Mod. 30/04</b>	<b>MODELLO DI ESERCIZIO DEI DIRITTI</b>	<b>Sito Web Medi Care</b>
---	-----------------------	---	-------------------------------

### 3. Portabilità dei dati<sup>1</sup>

(art. 20 del Regolamento (UE) 2016/679)

Con riferimento a tutti i dati personali forniti al titolare, il sottoscritto chiede di *(barrare solo le caselle che interessano)*:

- ☐ ricevere tali dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico;
- ☐ trasmettere direttamente al seguente diverso titolare del trattamento *(specificare i riferimenti identificativi e di contatto del titolare: .....)*:
  - ☐ tutti i dati personali forniti al titolare;
  - ☐ un sottoinsieme di tali dati.

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4. Opposizione al trattamento

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

- ☐ Il sottoscritto 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):

---

---

---

---

---

<sup>1</sup> Per approfondimenti: Linee-guida sul diritto alla "portabilità dei dati" - WP242, adottate dal Gruppo di lavoro Art. 29, disponibili in [www.garanteprivacy.it/regolamentoue/portabilita](http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue/portabilita).

	<b>Mod. 30/04</b>	<b>MODELLO DI ESERCIZIO DEI DIRITTI</b>	<b>Sito Web Medi Care</b>
---	-----------------------	---	-------------------------------

## 5. Opposizione al trattamento per fini di marketing diretto

(art. 21, paragrafo 2 del Regolamento (UE) 2016/679)

- ☐ Il sottoscritto si oppone al trattamento dei dati effettuato a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

---

Il sottoscritto:

- ☐ 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<sup>2</sup>:

Via/Piazza

Comune

Provincia

Codice postale

oppure

e-mail/PEC:

### Eventuali precisazioni

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

---



---



---

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

	<b>Mod. 30/04</b>	<b>MODELLO DI ESERCIZIO DEI DIRITTI</b>	<b>Sito Web Medi Care</b>
---	-----------------------	---	-------------------------------

<sup>1</sup> Allegare copia di un documento di riconoscimento

**Ricevuta consegna raccomandata a mano**

Data\_\_\_\_\_ nome operatore

\_\_\_\_\_

Firma operatore

\_\_\_\_\_

Firma operatore

\_\_\_\_\_