



## REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Dei Vestini s.n.c. Palazzina N (ex Palazzina SE:BI)

66100 Chieti - C.F. e P. Iva 02307130696

### MODULO PER LA RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento UE 2016/679

<b>Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati</b>
ASL 2 Lanciano Vasto Chieti, sede legale in via dei Vestini s.n.c. Palazzina N (ex Palazzina SE:BI), 66100 Chieti - P.IVA 02307130696 Tel: (+39) 0871.3571 - E-mail: ufficio.privacy@asl2abruzzo.it - PEC: info@pec.asl2abruzzo.it Responsabile della protezione dei dati contattabile all'indirizzo di posta elettronica: dpo@asl2abruzzo.it; PEC: dpo@pec.asl2abruzzo.
<b>Interessato dal trattamento</b>
Il/La Sottoscritto/a _____, C.F. _____, C.I. _____, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 18 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la limitazione delle attività di trattamento dei propri dati personali.
<b>Tipologia della richiesta</b>
L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la limitazione del trattamento avente ad oggetto i dati personali che lo riguardano: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Per un periodo di tempo indefinito;</li><li>○ Per un periodo di tempo limitato (<i>specificare</i>): _____</li></ul>
<b>Motivazione della richiesta</b>
Selezionare almeno uno dei motivi seguenti: <ul style="list-style-type: none"><li>○ L'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per cui la limitazione si estenderà al periodo necessario al titolare del trattamento per ripristinare l'esattezza di tali dati personali;</li><li>○ Il trattamento è illecito, tuttavia l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali;</li><li>○ Benché 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.</li><li>○ L'interessato si è opposto al trattamento, per cui la limitazione si estenderà al periodo di attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.</li><li>○ Altro (<i>specificare</i>): _____</li></ul>
<b>Dati di contatto</b>
Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo ( <i>recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC</i> ): _____
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.