


 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Modulo cancellazione (GAI.MO.2863.00).doc
		pag1/1

MODULO PER LA RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DEI DATI PERSONALI
ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati
<div style="display: flex; align-items: flex-start;">  <div style="flex-grow: 1;"> <p>Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@aslvc.piemonte.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede del titolare, e consultabile anche sul sito https://www.aslvc.piemonte.it/datipersonali e tramite il QR code raffigurato qui accanto</p> </div> </div>
Interessato dal trattamento
<p>Il/La Sottoscritto/a _____, C.F. _____, C.I. _____, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 17 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la cancellazione dei propri dati personali oggetto di trattamento.</p>
Tipologia della richiesta
<p>L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la cancellazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Totale, ossia di tutti i dati personali che lo riguardano, ad eccezione dei dati personali che il titolare è obbligato a conservare al fine di adempiere ad un obbligo legale; ○ Parziale, ovvero solo di alcuni dei dati personali trattati dal titolare. In particolare, dei seguenti dati personali (<i>specificare</i>): _____
Motivazione della richiesta
<p>Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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; ○ L'interessato si oppone al trattamento effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento. ○ I dati personali sono stati trattati illecitamente. ○ I dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale cui è soggetto il titolare del trattamento. ○ Altro (<i>specificare</i>): _____
Dati di contatto
<p>Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (<i>recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC</i>): _____</p>
<p>Luogo e data: _____, ____ / ____ / _____ Firma: _____</p>

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.

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Martina Cinquegrana S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Eva Colombo Direttore Generale	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			