

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Modulo portabilità (GAI.MO.2868.00).doc
		pag1/1

MODULO PER LA RICHIESTA DI PORTABILITÀ DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 20 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: 1;">  </div> <div style="flex: 3; padding-left: 10px;"> <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. 20 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la portabilità dei propri dati personali oggetto di trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico.</p>
Tipologia dei dati personali di cui si chiede la portabilità
<p>Indicare di seguito i dati personali di cui si chiede la portabilità:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>L'interessato, inoltre, chiede di avere copia dei dati personali oggetto del trattamento in formato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cartaceo, assumendosi l'onere di corrispondere al titolare un eventuale corrispettivo per le relative spese amministrative sostenute; <input type="radio"/> Elettronico di uso comune (<i>specificare formato</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: Dott.ssa Martina Cinquegrana S.C. Gestione Affari Istituzionali	Verifica: Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali	Autorizzazione: Dott.ssa Eva Colombo Direttore Generale	Emissione: 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.			