



ESERCIZIO DIRITTO DI ACCESSO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a in _____

il _____ codice Fiscale _____ esercita, con la presente richiesta, il/i
seguenti diritto/i ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)

Firma _____

DIRITTO DI ACCESSO: per ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano ed averne comunicazione; conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici (dati che verranno comunicati in formato intelligibile).

Luogo e data _____

Firma _____

Ogni interessato ha diritto di ottenere conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano, di accedere a tali dati nonché di avere accesso ad una serie di informazioni quali le finalità del trattamento, le categorie di dati personali in questione e le categorie dei destinatari a cui gli stessi sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinati a paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite dal titolare in formato elettronico di uso comune.

COME SI ESERCITA IL DIRITTO

Ogni interessato può esercitare i suoi diritti ai sensi degli Artt. 15 e seguenti del GDPR mediante:

- Posta elettronica all'indirizzo segreteria@centromedicolezagare.com, allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Accesso debitamente compilato;
- Posta elettronica certificate all'indirizzo centromedicolezagare@pec.it, allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Accesso debitamente compilato;
- Inviando una lettera raccomandata a **Centro Medico Le Zagare srl** Viale Ionio, 116 95129 CATANIA, allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Accesso debitamente compilato;