



ESERCIZIO DIRITTO DI CANCELLAZIONE

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 CANCELLAZIONE: per ottenere la cancellazione, la trasformazione in formato anonimo o il blocco dei dati personali eventualmente trattati in violazione della legge, nonché opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

Precisare le motivazioni della richiesta

Luogo e data _____

Firma _____

Ogni interessato ha diritto di ottenere la cancellazione dei propri dati personali nei seguenti casi:

- I dati personali **non sono più necessari** rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- Viene revocato il consenso su cui si basa il trattamento, se non esiste alcun altro motivo legittimo per il trattamento;
- È stato esercitato il diritto di opposizione al trattamento e non sussiste alcun ulteriore motivo legittimo per procedere con il trattamento;
- I dati personali sono **trattati illecitamente**;
- I dati personali devono essere cancellati per adempiere a un **obbligo legale** previsto dal diritto dell'Unione o dallo Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento.

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 Cancellazione debitamente compilato;
- Posta elettronica certificata all'indirizzo centromedicolezagare@pec.it, allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Cancellazione 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 Cancellazione debitamente compilato;