



ESERCIZIO DIRITTO DI LIMITAZIONE

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 ALLA LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO

può richiedere la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi (BARRARE SOLO LE CASELLE DI INTERESSE):

- in caso di trattamento illecito, l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;

Precisare il trattamento illecito e i dati per i quali si richiede la relative limitazione del trattamento:

- I dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché il titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento;

Luogo e data _____

Firma _____

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi:

- l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali;
- il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- 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;
- l'interessato si è opposto al trattamento dei propri dati basato sull'interesse legittimo in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare rispetto a quelli dell'interessato.

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