



ESERCIZIO DIRITTO DI OPPOSIZIONE

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

il _____ codice Fiscale _____ con la presente richiesta, ai sensi
dell'art. 21 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)

ESERCITA

IL DIRITTO DI OPPOSIZIONE, per opporsi al trattamento dei dati personali per una o tutte le seguenti
finalità (BARRARE SOLO LE CASELLE DI INTERESSE):

- ☐ Per l'invio di comunicazioni commerciali, materiale pubblicitario e per lo svolgimento di ricerche di mercato;
- ☐ Per lo svolgimento di attività di profilazione;
- ☐ Per la comunicazione di dati personali a terzi per comunicazioni commerciali ed eventuale profilazione;
- ☐ Per finalità di legittimo interesse.

Luogo e data _____

Firma _____

Ogni interessato ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei dati che lo riguardano, compresa la profilazione (art. 21 GDPR).

L'interessato ha altresì il diritto di non essere sottoposto a decisioni basate unicamente sul trattamento automatizzato e di chiedere l'intervento umano (art. 22 GDPR).

Qualora i dati personali siano trattati per finalità di marketing diretto, ogni persona fisica ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, compresa la profilazione nella misura in cui sia connessa a tale marketing diretto.

Esercitando questo diritto **Centro Medico Le Zagare srl** non invierà più comunicazioni commerciali, materiale pubblicitario e non utilizzerà i dati personali, del richiedente, per ricerche di mercato.

L'interessato può far cessare:

- Comunicazioni commerciali, materiale pubblicitario, ricerche di mercato;
- Attività di profilazione basata sul consenso;
- Comunicazione dei propri dati a terzi per comunicazioni commerciali;
- Il trattamento dei propri dati per finalità di legittimo interesse;
- Tutti e 4 i trattamenti.

COME SI ESERCITA IL DIRITTO

Ogni interessato può esercitare il suddetto diritto mediante:

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