LABORATORIO Dr. PAOLO PENNISI

ESERCIZIO DIRITTO DI ACCESSO

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

il _____ codice Fiscale _____ con la presente richiesta, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)

ESERCITA

IL DIRITTO DI ACCESSO, per ottenere la conferma dell'esistenza di propri dati personali, averne comunicazione, conoscerne l'origine, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici (dati che verranno comunicati in formato intellegibile).

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 il suddetto diritto mediante:

- Posta elettronica all'indirizzo privacy@labpaolopennisi.it, allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Accesso debitamente compilato;
- Posta elettronica certificata all'indirizzo labpaolopennisi@pec.it, allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Accesso debitamente compilato;
- Lettera raccomandata a **Laboratorio Analisi Cliniche del Dott. Pennisi Paolo & C. s.a.s.** Via Umberto, 179/B 95013 Fiumefreddo di Sicilia (CT), allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Accesso debitamente compilato.