LABORATORIO Dr.PAOLOPENNISI

ESERCIZIO DIRITTO DI LIMITAZIONE

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

il _____ codice Fiscale _____ con la presente richiesta, ai sensi dell'art. 18 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)

ESERCITA

ILDIRITTO DI LIMITAZIONE DI TRATTAMENTO

É possibile 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 relativa 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 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 Limitazione debitamente compilato;
- Posta elettronica certificata all’indirizzo labpaolopennisi@pec.it, allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Limitazione 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 Limitazione debitamente compilato.