



Al

.....

.....

(Indirizzare al Titolare o al Responsabile del trattamento)

**ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DI DATI PERSONALI AI SENSI
DEL REGOLAMENTO UE n. 679/2016**

Il/La sottoscritto/a, nato/a il, c.f.
....., esercita con la presente i suoi diritti di cui agli articoli 15 e ss. del
Regolamento UE n. 679/2016, così come descritti all'interno dell'informativa estesa detenuta dal
Titolare del trattamento e, nello specifico,

Il diritto di accesso (art. 15) ai seguenti dati personali

Il diritto di rettifica (art. 16) per i seguenti dati personali

Il diritto alla cancellazione (art. 17), per la seguente motivazione:

.....
.....;

Il diritto di limitazione del trattamento (art. 18), per la seguente motivazione:

.....
.....;

Il diritto alla portabilità del dato (art. 20), per la seguente motivazione:

.....
.....;

Il diritto all'opposizione al trattamento (art. 21), per la seguente motivazione:

.....
.....;

Il diritto di revoca del consenso.



Ordine delle Professioni Infermieristiche – Roma

Il/La sottoscritto/a si riserva di rivolgersi all’Autorità giudiziaria o al Garante con ricorso (artt. 77 e ss. Regolamento UE 679/2016) se entro 30 giorni dal ricevimento della presente istanza non perverrà un riscontro idoneo.

Recapito per la risposta:

Indirizzo postale: Via/Piazza
Comune, Provincia Codice postale

oppure,

Email/PEC:

oppure,

Telefax:

oppure,

Telefono1:

Eventuali precisazioni della richiesta:

Il/La sottoscritto/a precisa (*fornire eventuali spiegazioni utili o indicare eventuali documenti allegati*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Estremi di un documento di riconoscimento:

.....

Luogo e Data

Firma dell’interessato richiedente

.....