

**MODULO RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento UE 2016/679*

**Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati**

Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, (P.I. e C.F. 04721260877), con sede in Via Santa Maria La Grande, 5 - 95124 Catania – U.R.P. numero verde: 800 279 761, email [urp@aspct.it](mailto:urp@aspct.it) - PEC: [protocollo@pec.aspct.it](mailto:protocollo@pec.aspct.it).

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) contattabile all'indirizzo di posta elettronica: [dpo@aspct.it](mailto:dpo@aspct.it).

**Soggetto interessato dal trattamento**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, C.I. \_\_\_\_\_, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 18 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la limitazione delle attività di trattamento dei propri dati personali.

**Tipologia della richiesta**

L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la limitazione del trattamento avente ad oggetto i dati personali che lo riguardano:

Per un periodo di tempo indefinito;

Per un periodo di tempo limitato:

(specificare) \_\_\_\_\_

**Motivazione della richiesta**

Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:

L'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per cui la limitazione si estenderà al periodo necessario al titolare del trattamento per ripristinare l'esattezza di tali dati personali;

Il trattamento è illecito, tuttavia l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali;

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, per cui la limitazione si estenderà al periodo di attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;

Altro: (specificare) \_\_\_\_\_

**Dati di contatto**

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC):

\_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Al fine di permettere al titolare del trattamento di verificarne l'identità, il soggetto interessato è pregato di allegare alla presente richiesta una copia del documento di riconoscimento in corso di validità.*