

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>MODULO</b>	Modulo opposizione (GAI.MO.2867.00).doc
		pag1/1

## MODULO PER LA RICHIESTA DI OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO

*ai sensi dell'articolo 21 del Regolamento UE 2016/679*

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 3; padding-left: 10px;"> <p>Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo di posta elettronica <a href="mailto:dpo@aslvc.piemonte.it">dpo@aslvc.piemonte.it</a>. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede del titolare, e consultabile anche sul sito <a href="https://www.aslvc.piemonte.it/datipersonali">https://www.aslvc.piemonte.it/datipersonali</a> e tramite il QR code raffigurato qui accanto</p> </div> </div>
Interessato dal trattamento
<p>Il/La Sottoscritto/a _____, C.F. _____, C.I. _____, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 21 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si oppone al trattamento dei propri dati personali effettuato dal suddetto titolare.</p>
Ragioni dell'opposizione al trattamento
<p>Con riferimento al trattamento dei propri dati personali eseguito dal titolare, l'interessato intende opporsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle attività di marketing diretto svolte nei suoi confronti;</li> <li>○ Alle attività di profilazione svolte nei suoi confronti;</li> <li>○ Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto non necessaria per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connessa all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;</li> <li>○ Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto, pur essendo necessaria per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi, prevalgono gli interessi e i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato.</li> <li>○ Altro (<i>specificare qui di seguito</i>):</li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Dati di contatto
<p>Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (<i>recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC</i>): _____</p>
<p>Luogo e data: _____, ____ / ____ / _____ Firma: _____</p>

*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.*

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Martina Cinquegrana S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Eva Colombo Direttore Generale	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			