



**EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE**  
Accreditata S.S.N. - Trieste  
Tel: 040 360430  
Fax: 040 3724455  
[info@eutoniasanitaasalute.it](mailto:info@eutoniasanitaasalute.it)  
[www.eutoniasanitaasalute.it](http://www.eutoniasanitaasalute.it)

Al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Indirizzare al titolare<sup>(1)</sup> o al responsabile del trattamento)

**OGGETTO: ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI** (artt. 7 e 8 del Codice)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
esercita con la presente richiesta i suoi diritti di cui all'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lg. 30 giugno 2003, n. 196):

(BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

---

### **Accesso ai dati personali**

(art. 7, comma 1, del Codice)

Il sottoscritto intende accedere ai dati che lo riguardano e precisamente:

- chiede di confermagli l'esistenza o meno di tali dati, anche se non ancora registrati, e/o
- chiede di comunicargli i medesimi dati in forma intelligibile (art. 10 del Codice).

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

---

### **Richiesta di conoscere alcune notizie sul trattamento**

(art. 7, comma 2, del Codice)

Il sottoscritto chiede di conoscere:

- l'origine dei dati (ovvero il soggetto o la specifica fonte dalla quale essi sono stati acquisiti);
- le finalità del trattamento dei dati che lo riguardano;
- le modalità del medesimo trattamento;
- la logica applicata al trattamento effettuato con strumenti elettronici;
- gli estremi identificativi del titolare del trattamento (ovvero della pubblica amministrazione, della persona giuridica pubblica o privata, dell'associazione od organismo che li tratta);
- gli estremi identificativi del/i responsabile/i del trattamento (nel caso in cui siano designati ai sensi dell'art. 29 del Codice);
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o di incaricati o di rappresentante designato nel territorio dello Stato;
- gli estremi identificativi del rappresentante del titolare nel territorio dello Stato (se designato ai sensi dell'art. 5 del Codice).



**EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE**

Accreditata S.S.N. - Trieste

Tel: 040 360430

Fax: 040 3724455

[info@eutoniasanitaasalute.it](mailto:info@eutoniasanitaasalute.it)

[www.eutoniasanitaasalute.it](http://www.eutoniasanitaasalute.it)

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

---

---

(BARRARE SOLO LE CASELLE CHE INTERESSANO)

## **Richiesta di intervento sui dati**

(art. 7, comma 3, del Codice)

**Il sottoscritto chiede di effettuare le seguenti operazioni:**

- aggiornamento dei dati;
- rettificazione dei dati;
- integrazione dei dati;
- cancellazione dei dati trattati in violazione di legge (compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione);
- trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione di legge (compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione);
- blocco dei dati trattati in violazione di legge (compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione);
- attestazione che tale intervento sui dati è stato portato a conoscenza, anche per quanto riguarda il suo contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi.

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

---

---

## **Opposizione al trattamento per fini pubblicitari**

(art. 7, comma 4, del Codice)

- Il sottoscritto si oppone al trattamento dei dati effettuato a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

## **Opposizione al trattamento per motivi legittimi**

(art. 7, comma 4, del Codice)

- Il sottoscritto si oppone al trattamento dei dati per i seguenti motivi legittimi:
- 
- 

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento):

---

---



**EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE**

Accreditata S.S.N. - Trieste

Tel: 040 360430

Fax: 040 3724455

[info@eutoniasanitaasalute.it](mailto:info@eutoniasanitaasalute.it)

[www.eutoniasanitaasalute.it](http://www.eutoniasanitaasalute.it)

Il sottoscritto si riserva di rivolgersi all'autorità giudiziaria o al Garante con ricorso (artt. 145 ss. del Codice) se entro 15 giorni dal ricevimento della presente istanza non perverrà un riscontro idoneo.

### Recapito per la risposta:

Indirizzo postale: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

#### Oppure

e-mail : \_\_\_\_\_  
 telefax:: \_\_\_\_\_  
 telefono <sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

---

### Eventuali precisazioni

Il sottoscritto precisa (fornire eventuali spiegazioni utili o indicare eventuali documenti allegati):

---

---

---

Estremi di un documento di riconoscimento<sup>(3)</sup>:

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Luogo e data)

\_\_\_\_\_

(Firma)

(1) Ad esempio: banche, operatori telefonici, sistemi di informazioni creditizie, gestori di siti web, assicurazioni, strutture sanitarie, pubbliche amministrazioni, ecc.

(2) Le richieste in esame e la relativa risposta possono essere anche orali. Tuttavia, se l'interessato si rivolge al Garante con un ricorso, occorre allegare copia della richiesta rivolta al titolare (o al responsabile, se designato) del trattamento.

(3) Esibire o allegare copia di un documento di riconoscimento, se l'identità del richiedente non è accertata con altri elementi.