



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRAPELLI

Direzionale: 00189 ROMA – Via Cassia, 600 – Tel. (06) 3355906 – 33253520 Fax – Iscritto al R.P.G. n° 666/87 – C.F. 00443370580 – P. IVA 00894591007

**MODULO DI ISTANZA DA PARTE DEGLI INTERESSATI PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI PREVISTI
DALL'ART. 7 DEL D.LGS. 196/2003**

Spett.le
Provincia Religiosa Di San Pietro
Via Cassia, 600
00189 – Roma

Al Titolare del trattamento dei dati

Oggetto: istanza ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ residente in _____

CHIEDE

1. di avere conferma dell'esistenza di propri dati personali presso la struttura sanitaria _____ di Codesta Azienda e di ottenere al riguardo precise e puntuali informazioni;
2. di conoscere l'origine dei dati medesimi nonché le finalità su cui si basa il trattamento;
3. di conoscere la logica applicata in caso di trattamento svolto con mezzi elettronici;
4. di conoscere gli estremi identificativi dei Responsabili del trattamento, anche esterni alla struttura aziendale, e degli Incaricati del trattamento;
5. di conoscere i nominativi dei soggetti ai quali i propri dati personali vengono comunicati;
6. di ottenere la cancellazione /trasformazione in forma anonima/blocco dei propri dati se trattati in violazione di legge;
7. di ottenere l'aggiornamento/rettifica/integrazione dei propri dati personali;

DICHIARA

8. di opporsi, anche parzialmente, al trattamento dei dati personali che lo riguardano per i motivi legittimi qui di seguito specificati : _____;

**OSPEDALE
"SAN PIETRO"**

Via Cassia, 600
00189 ROMA
Tel. 06 33581
Fax 06 33251424

**ISTITUTO
"SAN GIOVANNI DI DIO"**

Via Fatebenefratelli, 3
00045 GENZANO DI ROMA
Tel. 06.937381
Fax 06.9390052

**OSPEDALE
"SACRO CUORE DI GESU'"**

Viale Principe di Napoli, 14/A
82100 BENEVENTO
Tel. 0824.771111
Fax 0824.47935

**OSPEDALE
"BUON CONSIGLIO"**

Via Manzoni, 220
80123 NAPOLI
Tel. 081.5981111
Fax 081.5757643

**OSPEDALE
"BUCCHERI LA FERLA"
FATEBENEFRAPELLI**

Via Messina Marine, 197
90123 PALERMO
Tel. 091.479111
Fax 091.477625



CHIEDE

9. di ottenere l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti punti 6,7 e 8 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi.

Il sottoscritto fa presente che in caso di mancato o incompleto riscontro alla presente istanza entro 15 giorni, si riserva di rivolgersi all'autorità giudiziaria o di presentare ricorso all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Distinti saluti.

Firma dell'interessato

Estremi di un documento di riconoscimento:

Note:

1. *Barrare la voce che interessa.*
2. *Per dimostrare la propria identità l'interessato deve esibire un documento di identità o allegare all'istanza copia di un documento di riconoscimento (art.9, comma 4, del Decreto Legislativo 196/2003).*
3. *Nell'esercizio dei diritti, l'interessato può conferire delega o procura scritta a persone fisiche, enti o associazioni. In tal caso copia dell'atto deve essere esibita o allegata all'istanza.*
4. *Secondo quanto previsto dall'art. 10, commi 7 e 8, del D.Lgs. n. 196/2003 la presente richiesta è soggetta a contributo qualora non risulti confermata l'esistenza di dati che riguardano l'interessato nel caso di richiesta volta ad ottenere conferma dell'esistenza di propri dati personali presso la struttura organizzativa e/o di conoscere l'origine dei dati medesimi nonché le finalità su cui si basa il trattamento e/o di conoscere la logica applicata in caso di trattamento svolto con mezzi elettronici.*