FARMACIA APRILIANORD S.R.L

Via delle Margherite, 259 – Aprilia (LT)
C.F. e P. IVA 02903120596

MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 15 del Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Il titolare del trattamento è **Farmacia Aprilia Nord s.r.l., Via delle Margherite, 259 – Aprilia (LT), C.F. e P. IVA 02903120596; Mail:** comunicazione@gruppofarmasa.it**; PEC:** farmaciaaprilianord@pec.it. È possibile rivolgersi al responsabile della protezione dei dati, designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, scrivendo all'indirizzo di posta elettronica dpo@gruppofarmasa.it o scrivendo alla sua attenzione presso i recapiti del titolare.

Interessato dal trattamento

Il/La Sottoscritto/a _____ , C.F. _____ , C.I. _____ , con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare l'accesso ai propri dati personali oggetto di trattamento.

Tipologia della richiesta

L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano e, in tal caso, chiede di ottenere l'accesso alle seguenti informazioni *(selezionare le opzioni pertinenti)*:

- o Le finalità del trattamento e le categorie di dati personali coinvolti nello stesso;
- o I destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
- o Il periodo di conservazione dei dati personali previsto, o i criteri utilizzati per determinarlo;
- o Se del caso, le modalità per richiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- o Le modalità per proporre reclamo a un'autorità di controllo;
- o Qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
- o L'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.
- o Altro *(specificare)*: _____ __

L'interessato, inoltre, chiede di avere copia dei dati personali oggetto del trattamento in formato:

- o Cartaceo, assumendosi l'onere di corrispondere al titolare un eventuale corrispettivo per le relative spese amministrative sostenute;
- o Elettronico di uso comune *(specificare formato)*: _____

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.