



All'attenzione del
Responsabile della Protezione dei Dati

**RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 18 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679, "GDPR")**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

esercita con la presente richiesta il diritto di cui all'art. 18 del Regolamento UE 2016/679.

Richiesta di limitazione del trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a chiede di effettuare la limitazione del trattamento per i seguenti motivi (barrare le caselle che interessano) in quanto:

- contesta l'esattezza dei dati personali
- ritiene che il trattamento dei dati sia illecito;
- i dati sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- si è opposto al trattamento dei dati ai sensi dell'art.21, paragrafo 1, del Regolamento UE 2016;
- è in attesa di verifica dell'eventuale prevalenza di motivi legittimi dell'Ordine rispetto a quelli dell'interessato

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

.....
.....
.....
.....

L'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina si impegna, in ogni caso:

- ai sensi dell'art.12, paragrafo 4 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679, a informare l'interessato/a senza ritardo, al più tardi entro un mese dal ricevimento della presente richiesta, degli eventuali motivi che impediscono al titolare di fornire le informazioni o svolgere le operazioni richieste;
- a informare l'interessato/a circa la sussistenza di eventuali condizioni che gli impediscono di identificarlo come interessato, ai sensi dell'art.11, paragrafo 2, del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679.



Recapito per la risposta:

Comune di residenza Prov. ()

indirizzo CAP

oppure

indirizzo e-mail/PEC

Eventuali precisazioni

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

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Firma

Allegare copia di un documento di identità