

*All'attenzione di Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Varese*

ESERCIZIO DI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

IO SOTTOSCRITTO

NOME:	COGNOME:
DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:
MAIL CUI INVIARE LA RISPOSTA:	
TELEFONO DI CONTATTO:	

Se l'istanza è fatta per conto di terzi indicare i seguenti dati dell'interessato cui i dati si riferiscono:

NOME:	COGNOME:
DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:

CHIEDO

In relazione ai dati personali da Voi trattati, di esercitare i diritti selezionati nella tabella seguente:

DIRITTO	SERVIZIO/PRESTAZIONE RICEVUTA	SCELTA
DIRITTO DI REVOCA AL CONSENSO (ART. 13)		<input type="checkbox"/>

DIRITTO DI ACCESSO AI DATI (ART. 15)		<input type="checkbox"/>
DIRITTO DI RETTIFICA (ART. 16)		<input type="checkbox"/>
DIRITTO ALL'OBLIO (ART. 17)		<input type="checkbox"/>
DIRITTO DI LIMITAZIONE AL TRATTAMENTO (ART. 18)		<input type="checkbox"/>
DIRITTO ALLA PORTABILITA' (ART. 20)		<input type="checkbox"/>

Sono informato che i dati indicati nel presente modulo sono utilizzati esclusivamente per poter fornire riscontro alle istanze e saranno conservati secondo i termini di legge, al fine di garantire idonea prova del procedimento, per eventuali esercizi di diritti in sede amministrativa o giudiziale.

Data: _____

Firma: _____

Allego:

- **Copia documento di identità del richiedente;**
- **Eventuale procura se l'istanza è fatta in nome per conto di terzi**