



ASSOCIAZIONE
OASI MARIA SS ONLUS

RICHIESTA DELL'INTERESSATO

Mod. 01

Rif. Pro 0708

Pag. 1 di 1

Rev. 01

del 29/06/2020

Progr. N. _____ Richiesta pervenuta il __/__/____ in forma Scritta (allegare) Verbale (registrare)

Nominativo dell'interessato: _____ in qualità di _____
(paziente/operatore/altro)

Indirizzo e recapito telefonico: _____

Tipologia di richiesta:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accesso; | <input type="checkbox"/> Limitazione trattamento | <input type="checkbox"/> Portabilità |
| <input type="checkbox"/> Rettifica; | <input type="checkbox"/> Cancellazione (oblio) | <input type="checkbox"/> Opposizione |
| <input type="checkbox"/> Dossier sanitario | | |
| <input type="radio"/> Oscuramento | | |
| <input type="radio"/> Revoca consenso | | |
| <input type="radio"/> Modifica del consenso | | |

Sintesi della richiesta: _____

Dati richiesti in formato: Cartaceo Elettronico

Data: _____

Firma dell'interessato

Decisioni del Titolare: _____

Data: _____

Firma del titolare: _____

Proroga: Sì No Fino al: _____

Motivazioni: _____

Data informazione all'interessato _____ Firma DI: _____

Richiesta ottemperata in data: _____

Richiesta non ottemperata per: _____

Data informazione all'interessato __/__/____ Firma DI: _____

Data di delle rettifiche cancellazioni o limitazioni ai destinatari: _____

Destinatari oggetto della comunicazione: _____

Data di comunicazione all'interessato dei nominativi dei destinatari _____

Firma DI: _____