FARMASA S.R.L.

Via delle Margherite, 259 – Aprilia (LT)
C.F. e P. IVA 02878090592

MODULO PER LA RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Il titolare del trattamento è **Farmasa s.r.l., Via delle Margherite, 259 – Aprilia (LT), C.F. e P. IVA 02878090592; Mail:** comunicazione@gruppofarmasa.it**; PEC:** farmasa@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. 17 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la cancellazione dei 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 cancellazione:

- o Totale, ossia di tutti i dati personali che lo riguardano, ad eccezione dei dati personali che il titolare è obbligato a conservare al fine di adempiere ad un obbligo legale;
- o Parziale, ovvero solo di alcuni dei dati personali trattati dal titolare. In particolare, dei seguenti dati personali *(specificare)*:
  _____
  _____

Motivazione della richiesta

Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:

- o I dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- o L'interessato revoca il consenso su cui si basa il trattamento;
- o L'interessato si oppone al trattamento effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento.
- o I dati personali sono stati trattati illecitamente.
- o I dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale cui è soggetto il titolare del trattamento.
- o Altro *(specificare)*:
  _____

__

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.