FARMASA S.R.L.

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

MODULO PER LA RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 18 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. 18 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la limitazione delle attività di trattamento dei propri dati personali.

Tipologia della richiesta

L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la limitazione del trattamento avente ad oggetto i dati personali che lo riguardano:

- o Per un periodo di tempo indefinito;
- o Per un periodo di tempo limitato *(specificare)*: _____

Motivazione della richiesta

Selezionare almeno uno dei motivi seguenti:

- o L'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per cui la limitazione si estenderà al periodo necessario al titolare del trattamento per ripristinare l'esattezza di tali dati personali;
- o Il trattamento è illecito, tuttavia l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali;
- o Benché il Titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.
- o L'interessato si è opposto al trattamento, per cui la limitazione si estenderà al periodo di attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.
- 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.