FARMASA S.R.L.

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

MODULO PER LA RICHIESTA DI OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'articolo 21 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. 21 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si oppone al trattamento dei propri dati personali effettuato dal suddetto titolare.

Ragioni dell'opposizione al trattamento

Con riferimento al trattamento dei propri dati personali eseguito dal titolare, l'interessato intende opporsi:

- Alle attività di marketing diretto svolte nei suoi confronti;
- Alle attività di profilazione svolte nei suoi confronti;
- Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto non necessaria per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connessa all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;
- Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto, pur essendo necessaria per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi, prevalgono gli interessi e i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato.
- Altro *(specificare qui di seguito)*:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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.