



queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista, il commercialista, ...) e le strutture che possono conoscerli a seguito dell'attività sanitaria espletata dallo scrivente Studio medico/odontoiatrico.

▪ **Titolare del trattamento:**

Il titolare del trattamento è il dott. ....

(Codice fiscale: .....), PEC .....

▪ **Diritti dell'interessato** - L'interessato ha diritto:

- di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti;
- di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC al

seguito indirizzo: .....

Oppure tramite lettera Raccomandata A/R al seguente indirizzo:

.....  
.....  
.....

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo e data .....

.....  
(Firma del paziente per esteso e leggibile)