

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
Amts S.p.A., sede legale in XIII Strada, Zona Industriale - 95121 Catania– P.IVA 04912390871 Tel: (+39) 095-7519111– E-mail: urp@amts.ct.it – PEC: amtc Catania@legalmail.it Responsabile della protezione dei dati contattabile all'indirizzo di posta elettronica: dpo@amts.ct.it
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: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 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;<input type="radio"/> Parziale, ovvero solo di alcuni dei dati personali trattati dal titolare. In particolare, dei seguenti dati personali (<i>specificare</i>): _____
Motivazione della richiesta
Selezionare almeno uno dei motivi seguenti: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> I dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;<input type="radio"/> L'interessato revoca il consenso su cui si basa il trattamento;<input type="radio"/> 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.<input type="radio"/> I dati personali sono stati trattati illecitamente.<input type="radio"/> I dati personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale cui è soggetto il titolare del trattamento.<input type="radio"/> Altro (<i>specificare</i>): _____
Dati di contatto
Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (<i>recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC</i>): _____
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.