



## ESERCIZIO DIRITTO DI CANCELLAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice Fiscale \_\_\_\_\_ esercita, con la presente richiesta, il/i  
seguenti diritto/i ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)

Firma \_\_\_\_\_

**DIRITTO DI CANCELLAZIONE:** per ottenere la cancellazione, la trasformazione in format  
anonimo o il blocco dei dati personali eventualmente trattati in violazione della legge, nonché opporsi,  
per motivi legittimi, al trattamento.

Precisare le motivazioni della richiesta

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ogni interessato ha diritto di ottenere la cancellazione dei propri dati personali nei seguenti casi:

- I dati personali **non sono più necessari** rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- Viene revocato il consenso su cui si basa il trattamento, se non esiste alcun altro motivo legittimo per il trattamento;
- È stato esercitato il diritto di opposizione al trattamento e non sussiste alcun ulteriore motivo legittimo per procedere con il trattamento;
- I dati personali sono **trattati illecitamente**;
- I dati personali devono essere cancellati per adempiere a un **obbligo legale** previsto dal diritto dell'Unione o dallo Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento.

## **COME SI ESERCITA IL DIRITTO**

Ogni interessato può esercitare i suoi diritti ai sensi degli Artt. 15 e seguenti del GDPR mediante:

- Posta elettronica all'indirizzo [radiologiamda@gmail.com](mailto:radiologiamda@gmail.com), allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Cancellazione debitamente compilato;
- Posta elettronica certificata all'indirizzo [radiologia.damore@arubapec.it](mailto:radiologia.damore@arubapec.it), allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Cancellazione debitamente compilato;
- Inviando una lettera raccomandata a **Studio di Radiologia Del Dott. Massimo D'Amore & C. srl** Via Pietro Mascagni, 13 95020 Aci Bonaccorsi (CT), allegando la copia della carta di identità e il Modulo per il Diritto di Cancellazione debitamente compilato;