



## ESERCIZIO DIRITTO DI RETTIFICA

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 RETTIFICA:** può essere esercitato per chiedere l'aggiornamento, la rettifica o  
l'integrazione dei dati inesatti che mi riguardano.

Precisare i dati personali da aggiornare/rettificare/integrare

---

---

---

---

**chiede**, altresì, a **Studio di Radiologia Del Dott. Massimo D'Amore & C. srl** di limitare il trattamento  
dei propri dati personali nel rispetto del GDPR (**Diritto di Limitazione**), per il periodo necessario a  
**Studio di Radiologia Del Dott. Massimo D'Amore & C. srl** stessa, quale titolare del trattamento, di  
verificare l'esattezza di detti dati personali.

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

Firma \_\_\_\_\_

Il diritto di rettifica rientra tra gli obiettivi di fondo del Regolamento per permettere all'interessato di mantenere un controllo costante e attivo sui propri dati e sull'utilizzo che ne viene fatto. Attraverso il riconoscimento di questo diritto l'interessato avrà la possibilità di ottenere dal titolare del trattamento la correzione senza ritardo dei dati inesatti che lo riguardano. Inoltre, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato potrà ottenere l'integrazione dei propri dati incomplete, anche fornendo una dichiarazione integrative.

## **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 di Rettifica debitamente compilato;
- Posta elettronica certificate 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 Rettifica 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 Rettifica debitamente compilato;