



**Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia  
Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche  
della Riabilitazione e della Prevenzione  
Provincia di Catania**

Istituito ai sensi delle leggi 4.8.1965 n° 1103, 31.1.1983 n° 25 e 11.1.2018 n° 3  
C.F. 80026800872



All'attenzione del  
**Responsabile della Protezione dei Dati**

**RICHIESTA DI LIMITAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(ai sensi dell'art. 18 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE  
2016/679, "GDPR")**

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

esercita con la presente richiesta il diritto di cui all'art. 18 del Regolamento UE 2016/679.

**Richiesta di limitazione del trattamento dei dati personali**

Il/La sottoscritto/a chiede di effettuare la limitazione del trattamento per i seguenti motivi (barrare le caselle che interessano) in quanto:

- contesta l'esattezza dei dati personali;
- ritiene che il trattamento dei dati sia illecito;
- i dati sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- si è opposto al trattamento dei dati ai sensi dell'art.21, paragrafo 1, del Regolamento UE 2016; ➤  
è in attesa di verifica dell'eventuale prevalenza di motivi legittimi dell'Ordine rispetto a quelli dell'interessato

La presente richiesta riguarda (indicare i dati personali, le categorie di dati o il trattamento cui si fa riferimento:

---

---

---



**Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia  
Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche  
della Riabilitazione e della Prevenzione  
Provincia di Catania**

Istituito ai sensi delle leggi 4.8.1965 n° 1103, 31.1.1983 n° 25 e 11.1.2018 n° 3  
**C.F. 80026800872**



---

L'Ordine TSRM – PSTRP di Catania si impegna, in ogni caso:

- ai sensi dell'art.12, paragrafo 4 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679, a informare l'interessato/a senza ritardo, al più tardi entro un mese dal ricevimento della presente richiesta, degli eventuali motivi che impediscono al titolare di fornire le informazioni o svolgere le operazioni richieste;
- a informare l'interessato/a circa la sussistenza di eventuali condizioni che gli impediscono di identificarlo come interessato, ai sensi dell'art.11, paragrafo 2, del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679.

Data .....

Firma .....

**Recapito per la risposta:**

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

oppure

indirizzo e-mail/PEC \_\_\_\_\_ Eventuali precisazioni

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a precisa (fornire eventuali spiegazioni utili o indicare eventuali documenti allegati):

**Allegare copia di un documento di identità**