



**a.r. fisiomedica**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI DATI DA PARTE  
DELL'INTERESSATO**

Hai il diritto di richiedere dati personali che potremmo avere su di te. Questo è noto come Richiesta di Accesso ai Dati da parte dell'Interessato. Una persona interessata è una persona che è l'oggetto dei dati personali. Se desideri inviare una come Richiesta di Accesso ai Dati da parte dell'Interessato, compila questo modulo e inviace lo per posta o e-mail.

Per l'invio per posta, si prega di utilizzare il seguente indirizzo:

STUDIO a.r. fisiomedica del Dott. Alessandro Matteucci – Via Flaminia 56 – 00196 - Roma

Per l'invio per posta elettronica, si prega di utilizzare il seguente indirizzo:

[alessandromatteucci@tiscali.it](mailto:alessandromatteucci@tiscali.it) Scrivere " Richiesta di Accesso ai Dati da parte dell'Interessato" nel campo dell'oggetto dell'email.

**1. Nome completo dell'Interessato**

**2. Data di Nascita  
dell'Interessato**

**3. Indirizzo Attuale dell'Interessato**

**4. Numero di Telefono dell'Interessato**

N° di Telefono dell'Abitazione:

N° di Cellulare:

**5. Informazioni relative ai dati richiesti:**



a.r. *fisiomedica*

6. Per aiutarci nella ricerca delle informazioni richieste, ti preghiamo di farci sapere i dati richiesti con il maggior numero di dettagli possibile (ad esempio, le copie delle email nel periodo tra <data> e <data>). Se non riceviamo informazioni sufficienti per individuare i dati richiesti, potremmo non essere in grado di soddisfare la tua richiesta.

7. Le informazioni dovranno essere inviate all'interessato o a un suo rappresentante?

All'Interessato       Al rappresentante

Se i dati saranno inviati a un delegato, compilare le sezioni 9 e 10.

8. Confermo di essere l'Interessato.

Firma: \_\_\_\_\_

Nome in stampatello:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Allego una copia del mio documento d'identità e documenti comprovanti il mio indirizzo (incluso un documento d'identità).

9. (Da compilare se alla domanda 7 viene data risposta "Al rappresentante")  
L'interessato (i cui dati sono richiesti) deve fornire un'autorizzazione scritta affinché le informazioni siano rese disponibili al proprio rappresentante autorizzato.

Con la presente autorizzo \_\_\_\_\_  
(riempire con il nome del rappresentante autorizzato) a richiedere l'accesso ai miei dati



**a.r. fisiomedica**

personali.

Firma dell'Interessato: \_\_\_\_\_

Nome in stampatello:

\_\_\_\_\_

**10. (Da compilare a cura del rappresentante dell'interessato) Confermo di essere il rappresentante autorizzato dell'Interessato.**

Nome del rappresentante autorizzato e indirizzo al quale inviare I dati personali:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

Nome in stampatello:

\_\_\_\_\_



a.r. *fisiomedica*

Data: \_\_\_\_\_

Faremo ogni sforzo possibile per elaborare la richiesta di accesso ai dati dell'interessato il più rapidamente possibile entro 30 giorni di calendario. Tuttavia, in caso di domande da farci durante il periodo di elaborazione della richiesta, non esitare a contattarci al seguente indirizzo email: [alessandromatteucci@tiscali.it](mailto:alessandromatteucci@tiscali.it) per iscritto all'indirizzo: STUDIO a.r. fisiomedica del Dott. Alessandro Matteucci, Via Flaminia 56, 00196 - Roma