

**MODULO PER LA RICHIESTA DI LIMITAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI
PERSONALI***ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento UE 2016/679*

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati	
Il titolare del trattamento è Agroverde Farma S.r.L., Via Alcide De Gasperi, 68 – Aprilia (LT), C.F. e P. IVA 02007020593; Mail: comunicazione@grupprofarmasa.it; PEC: farmaciaagroverde@pec.it. È possibile rivolgersi al responsabile della protezione dei dati, designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, scrivendo all'indirizzo di posta elettronica dpo@grupprofarmasa.it o scrivendo alla sua attenzione presso i recapiti del titolare.	
Interessato dal trattamento	
Il/La	Sottoscritto/a _____, C.F. _____, C.I. _____, con il presente modulo ed ai sensi dell'art. 18 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), richiede al titolare la limitazione delle attività di trattamento dei propri dati personali.
Tipologia della richiesta	
L'interessato, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, chiede la limitazione del trattamento avente ad oggetto i dati personali che lo riguardano: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Per un periodo di tempo indefinito;<input type="radio"/> Per un periodo di tempo limitato (specificare): _____	
Motivazione della richiesta	
Selezionare almeno uno dei motivi seguenti: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> L'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per cui la limitazione si estenderà al periodo necessario al titolare del trattamento per ripristinare l'esattezza di tali dati personali;<input type="radio"/> Il trattamento è illecito, tuttavia l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali;<input type="radio"/> Benché il Titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.<input type="radio"/> L'interessato si è opposto al trattamento, per cui la limitazione si estenderà al periodo di attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.<input type="radio"/> Altro (specificare): _____	
Dati di contatto	
Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (recapito, indirizzo di posta _____ elettronica _____ o _____ PEC):	

AGROVERDE FARMA S.R.L.

<hr/> <hr/>	
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.