

## MODULO PER LA RICHIESTA DI OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*ai sensi dell'articolo 21 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](mailto:comunicazione@grupprofarmasa.it); PEC: [farmaciaagroverde@pec.it](mailto: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](mailto: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. 21 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), si oppone al trattamento dei propri dati personali effettuato dal suddetto titolare.

### Ragioni dell'opposizione al trattamento

Con riferimento al trattamento dei propri dati personali eseguito dal titolare, l'interessato intende opporsi:

- Alle attività di marketing diretto svolte nei suoi confronti;
- Alle attività di profilazione svolte nei suoi confronti;
- Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto non necessaria per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connessa all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento;
- Ad ogni ulteriore attività riguardante i suoi dati personali, in quanto, pur essendo necessaria per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi, prevalgono gli interessi e i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato.
- Altro (*specificare qui di seguito*):

---

---

---

---

---

---

---

---

### Dati di contatto

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere riscontro alla presente richiesta all'indirizzo (*recapito, indirizzo di posta elettronica o PEC*):

---

_____	
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.*