**RICHIESTA DI CANCELLAZIONE E OPPOSIZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ANCHE AUTOMATIZZATO, AI SENSI DEGLI ARTT. 17, 21, 22 del Regolamento (UE) 2016/679**

**Regione ………**

**Pec: …………………………………… oppure raccomandata a.r.**

**Ministero della Salute**

Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 - Roma

**Pec:** **seggen@postacert.sanita.it****;**

**dgprev@postacert.sanita.it****;** **dgsi@postacert.sanita.it**

**Ministro Roberto Speranza**

Lungotevere Ripa, 1
00153 – Roma

**segreteriaministro@sanita.it**

**ASL …………….**

**Via ……….., n…**

**Pec: ……………………………………**

**Oppure raccomandata a.r.**

**Agenzia delle Entrate-Riscossione**

via Giorgione n. 106, 00147 Roma

**Direzione Centrale pec:** **agenziaentratepec@pce.agenziaentrate.it**

**Direzione Provinciale pec: ……………………..**

**oppure raccomandata a.r.**

**e p.c. Garante per la protezione dei dati personali**

**Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma**

**Pec:** **protocollo@pec.gpdp.it**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………. nata a ……………………………………… il ………………………………………… e residente in ……………………………….. alla via ………………………………………….. (C.F. …………………………………………………), indirizzo pec (se posseduto)………………….

(eventuale) quale genitore esercente la potestà genitoriale su ……………………………………………………… nato a………………………………. il …………………………… e residente in …………………………………………………. C.F…………………………………..

**CHIEDE**

Ai sensi degli artt. 17, 21 e 22 del Reg. UE 2016/679 **la cancellazione di tutti i dati sanitari** propri (o del proprio rappresentato) **inerenti al virus Sars-Cov2, alla Covid19 ed alla relativa vaccinazione/trattamento sanitario obbligatorio** e **si oppone a qualunque tipo di trattamento dei suddetti dati, anche ove avvenga con mezzi automatizzati, compresa la profilazione**, a prescindere dalla finalità per la quale è richiesto, in quanto il suddetto trattamento vìola o è finalizzato a violare l'essenza dei diritti e delle libertà fondamentali della persona;

In ragione di quanto sopra, il/la sottoscritto/a dichiara **DI NON FORNIRE IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI SUDDETTI DATI (propri o del proprio rappresentato), OVUNQUE ESSI SIANO RIPORTATI (IVI INCLUSO IL DOSSIER E/O FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE E NAZIONALE E L’ANAGRAFE NAZIONALE VACCINI),CHIEDENDONE L’OSCURAMENTO**.

Il/La sottoscritto/a chiede di essere informato/a, ai sensi dell'art. 12, paragrafo 4 del Regolamento (UE) 2016/679, 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.

Luogo, lì ………………………..

Firma per esteso leggibile

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