

Roma, _____

Oggetto: Richiesta Informazioni ex art. 12 EU 2016/679

Nota: Il presente modulo è utilizzabile per le richieste al Titolare del Trattamento: **Le Assicurazioni di Roma Mutua Assicuratrice Romana** relative al diritto di revoca del consenso, di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione degli stessi, di limitazione del trattamento ovvero al diritto di opporsi allo stesso.

In Caso di richieste infondate e/o eccessive l'interessato potrà altresì esporre formale reclamo all'autorità Garante secondo le modalità indicate sul sito dell'Autorità all'indirizzo <http://www.garanteprivacy.it/home/modulistica>

Riferimento della richiesta

Oggetto:	
Nome e Cognome:	
Indirizzo:	
Tipologia polizza e numero:	

Tipologia di Richiesta

Si prega di selezionare il tipo di richiesta:

- Ritiro del consenso
- Richiesta di accesso
- Rettifica dati personali
- Cancellazione dati personali
- Limitazione del trattamento dei dati personali
- Richiesta di portabilità dei dati personali
- Opposizione al trattamento dei dati personali
- Richiesta relativa al processo decisionale e alla profilazione automatizzati

Dati personali oggetto della richiesta

Il presente modulo, una volta completato, deve essere inviato tramite e-mail a **privacy@adir.it** o inviato all'indirizzo di posta:

Il titolare del trattamento:

Le Assicurazioni di Roma Mutua Assicuratrice Romana
Viale delle Mura Portuensi n° 33 – 00153 Roma

Firma dell'interessato
