

Al Titolare del trattamento dei dati personali
Direttore Generale Azienda USL Toscana centro
direzione.uslcentro@postacert.toscana.it

Io sottoscritt _____ nat_ il _____
a _____ residente a _____ CAP _____ prov _____
via _____ n. _____ e.mail _____

avendo transitato in spazi ripresi dal sistema di videosorveglianza dell'Azienda USL Toscana centro

oppure

avendo subito/assistito a quanto più oltre descritto, in spazi che presume essere ripresi dal sistema di videosorveglianza dell'Azienda USL Toscana centro : _____

DICHIARO

di essere consapevole che le immagini registrate vengono conservate per un periodo massimo di 5 giorni;

di essere altresì consapevole che qualora, entro i termini sopra indicati, venga presentata al Titolare del trattamento dati motivata e dettagliata richiesta di accesso alle videoregistrazioni, per fatti costituenti ipotesi di reato, le immagini (ove reperite) possono essere acquisite per essere messe a disposizione dell'Autorità giudiziaria e/o di Polizia a seguito di presentazione di apposita denuncia;

che intendo esercitare il diritto di accesso, riconosciuto dall'art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679, al seguente scopo:

(a) accertare se siano state raccolte immagini che riguardano il sottoscritto;

(b) acquisire immagini da mettere a disposizione dell'autorità giudiziaria e/o di polizia, che indaga sui fatti sopra descritti;

(c) _____

di essere consapevole che, se le immagini contengono dati riferibili a terzi, l'accesso del sottoscritto è consentito nei limiti della normativa vigente e dunque soltanto se la scomposizione dei dati trattati o la privazione di alcuni elementi renda incomprensibili i dati personali relativi a detti terzi e conseguentemente di accettare:

in relazione allo scopo sopra indicato sub (a), che gli eventuali dati riferiti a terze persone vengano resi incomprensibili;

in relazione allo scopo sopra indicato sub (b), che le immagini, lasciate integre, vengano consegnate direttamente all'autorità giudiziaria e/o di polizia.

Tutto ciò premesso io sottoscritto, a norma dell'art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679

CHIEDO

di esercitare il diritto di accesso alle immagini rilevate da apparati di videosorveglianza dell'Azienda USL Toscana centro che potrebbero aver registrato dati personali a me stesso afferenti.

Per permettere di individuare tali immagini, fornisce le seguenti informazioni:

1. luogo o luoghi di possibile ripresa (indicare ospedale/struttura aziendale, piano, e ogni altra informazione utile ad individuare la sede)

2. data di possibile ripresa _____

3. fascia oraria di possibile ripresa (approssimazione di 30 minuti) dalle ore _____ alle ore _____

4. abbigliamento al momento della possibile ripresa _____

5. accessori (borse, altri oggetti) _____

6. presenza di accompagnatori (indicare numero, sesso, sommaria descrizione) _____

7. attività svolta durante la ripresa _____

8. altri elementi atti a facilitare l'individuazione del sottoscritto _____

Recapito (o contatto telefonico) per eventuali ulteriori approfondimenti _____

Allego: fotocopia di documento di identità (se la firma non è apposta alla presenza dell'incaricato)

Data _____

Firma _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>
o scansionando il QR code a margine.

