

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	Modulo richiesta di accesso a videoregistrazioni	Pag. 1 di 1
		DA.MO.004
Direzione Amministrativa		Rev. 0 del 13/01/2014

Allegato 4

MODULO RICHIESTA DI ACCESSO A VIDEOREGISTRAZIONI

Al Responsabile dell'impianto di videosorveglianza

Ospedale/Distretto di

Il sottoscritto nato a il
 residente a via.....
 identificato tramite
 ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, richiede di esercitare il
 diritto di accesso alle immagini video che potrebbero avere registrato dati personali che lo
 riguardano.

Per permettere di individuare tali immagini nell'archivio video, fornisce le seguenti informazioni:

- 1)Luogo o luoghi di possibile ripresa
 - 2)Data di possibile ripresa
 - 3)Fascia oraria di possibile ripresa (approssimazione di 30 minuti)
 - 4)Abbigliamento al momento della possibile ripresa
 - 5)Accessori (borse, ombrelli, carrozzine, animali al guinzaglio, altri oggetti)
 - 6)Presenza di accompagnatori (indicare numero, sesso, sommaria descrizione degli stessi)
 - 7)Attività svolta durante la possibile ripresa
- Recapito (o contatto telefonico) per eventuali ulteriori approfondimenti

(Luogo e data)

(firma)

PARTE DA CONSEGNARE AL RICHIEDENTE

In data alle ore il/la Sig./Sig.ra
 ha avanzato richiesta di accesso a videoregistrazioni, ai sensi della vigente normativa in materia di
 videosorveglianza.

(Firma leggibile di chi riceve la richiesta e timbro della struttura)