

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)