Richiesta di informazioni sulla protezione dei dati secondo la nuova legge federale svizzera sulla protezione dei dati (LPD) del 01.09.2023

Buongiorno e grazie per essersi rivolto(a) a MEDISYN SA (di seguito denominata «noi»).

Per poter elaborare la Sua richiesta abbiamo bisogno di ulteriori informazioni. In primo luogo, dobbiamo confermare il Suo rapporto con noi e la Sua identità, per far sì che non vengano comunicati dati personali alla persona sbagliata.

Voglia notare: se desidera richiedere una rettifica dei Suoi dati, per normali modifiche/aggiornamenti, come la variazione di nome dopo il matrimonio o la modifica dell’indirizzo dopo il trasloco, utilizzi, nella misura del possibile, i moduli all’uopo previsti.

In caso di domande relative all’invio di una richiesta, si rivolga cortesemente all’Ufficio competente per la protezione dei dati al seguente indirizzo:

* e-mail: datenschutz@medisyn.ch
* telefono: +41 (0)800 393 393

Dopo aver compilato il modulo, lo invii per posta o per e-mail all’ufficio competente per la protezione dei dati. Non dimentichi di allegare i documenti che permettono di comprovare la Sua identità.

Indirizzo a cui inviare eventuali richieste:

* e-mail: datenschutz@medisyn.ch
* indirizzo postale: MEDISYN SA, Sternmatt 6, CH-6010 Kriens

**1.** **IDENTITÀ E AUTORIZZAZIONE**

Indichi le Sue informazioni di contatto attuali.

**Nome**

|  |
| --- |
| \* Inserisca qui il Suo nome. |

**Cognome**

|  |
| --- |
| \* Inserisca qui il Suo cognome. |

**Indirizzo**

|  |
| --- |
| \* Indichi qui il Suo indirizzo completo.  Via  Numero postale di avviamento  Località  Paese |

**Dati di contatto**

|  |
| --- |
| \* Indichi qui il Suo indirizzo e-mail o il Suo numero di telefono o qualsiasi altra modalità di contatto tramite cui possiamo contattarla per rispondere alla Sua richiesta. |

**Conferma della Sua identità e autorizzazione per la richiesta**

|  |
| --- |
| \* Ci invii una prova che consenta di confermare la Sua identità, p. es. una copia della Sua carta d’identità, della Sua licenza di condurre o del Suo passaporto.  Se agisce per conto di una terza persona, inserisca le informazioni ad essa relative e ci invii le copie di un documento d’identità, sia Suo che di tale persona, unitamente a una procura della persona a nome della quale presenta le richieste. |

**Firma**

|  |
| --- |
| \* Firmare qui |

**Rapporto con MEDISYN SA**

|  |
| --- |
| \* Specifichi il Suo status:  □ un cliente di MEDISYN SA;  □ un privato, impiegato presso MEDISYN SA;  □ un abbonato a una newsletter di MEDISYN SA che viene inviata per e-mail |

**2. QUALE DIRITTO INTENDE ESERCITARE?**

Legga la descrizione dei singoli moduli e selezioni il modulo che meglio descrive la Sua richiesta. Può compilare il modulo elettronicamente e inviarcelo per e-mail o stamparlo e inviarcelo per posta.

La Sua richiesta è riassumibile in una delle seguenti opzioni?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **□ Revoca del consenso** | Se ha acconsentito al trattamento dei Suoi dati personali da parte nostra e intende revocare tale consenso | Cfr. sezione 3.1 |
| **□ Diritto di accesso** | Se desidera una conferma del trattamento dei Suoi dati personali da parte nostra, informazioni sul trattamento, accesso ai Suoi dati personali o una copia degli stessi | Cfr. sezione 3.2 |
| **□ Diritto di rettifica** | Se i Suoi dati personali sono errati e devono essere rettificati. Vi rientrano anche informazioni supplementari. | Cfr. sezione 3.3 |
| **□ Diritto alla cancellazione** | Se intende far cancellare i Suoi dati personali, a condizione che siano soddisfatte determinate condizioni | Cfr. sezione 3.4 |
| **□ Diritto di limitazione del trattamento** | Se desidera che non trattiamo ulteriormente i Suoi dati personali senza tuttavia cancellarli | Cfr. sezione 3.5 |
| **□ Diritto alla trasmissione dei dati** | Se desidera ricevere una copia dei Suoi dati personali o trasferirli a un’altra azienda | Cfr. sezione 3.6 |
| **□ Diritto di opposizione al trattamento** | Se ritiene, per qualche motivo, che non trattiamo i Suoi dati personali conformemente agli standard elevati che ci siamo posti o se intende opporsi al trattamento | Cfr. sezione 3.7 |
| **□ Diritto all’intervento umano** | Se ritiene che una decisione importante che La riguarda sia stata presa senza intervento umano, può richiedere una verifica manuale | Cfr. sezione 3.8 |

Se nessuno dei precedenti diritti sanciti dalle vigenti leggi sulla protezione dei dati è applicabile alla Sua richiesta, la descriva qui di seguito. Laddove possibile, cerchi di non comunicarci ulteriori informazioni personali nella descrizione.

|  |
| --- |
|  |

Se desidera continuare a dialogare con noi in forma diversa da quella scritta, ce lo comunichi qui indicandone il motivo.

|  |
| --- |
|  |