|  |  |
| --- | --- |
| **Comune di Capizzi** | **MOD 11 Recesso consenso al trattamento** |

**MODULO DI RECESSO DELL’INTERESSATO**(Il Reg. Ue 2016/679 prevede che questo documento sia un documento a sé)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Nato il /a |  |
| Residente a |  |
| Codice fiscale |  |
| Telefono |  |
| Email |  |

Con la presente sono a ritirare il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte del Vostro Ente allo scopo di

(indicare i motivi del trattamento dei dati personali)

 concesso precedentemente utilizzando il Modulo di consenso dell’interessato.

Firma

Data