Mittente:

Nome/cognome ..........................................................................

Indirizzo ..........................................................................

NPA/località ..........................................................................

**Raccomandata**

Cassa dei Medici società cooperativa

Direzione / Protezione dei dati

In der Luberzen 1

8902 Urdorf

Luogo e data .....................................................………...........................

**Richiesta d’informazione (attuale legge sulla protezione dei dati)**

Gentili signore e signori,

sulla base dell’articolo 25 della Legge federale del 25 settembre 2020 sulla protezione dei dati (LPD), vi prego di fornirmi entro 30 giorni dal ricevimento della presente le seguenti informazioni per iscritto e gratuitamente:

1. i dati personali trattati in quanto tali;
2. lo scopo del trattamento;
3. la durata di conservazione dei dati personali o, se ciò non è possibile, i criteri per stabilire tale durata;
4. le informazioni disponibili sulla provenienza dei dati personali che non sono stati raccolti presso la persona interessata;
5. se del caso, i destinatari o le categorie di destinatari cui sono comunicati dati personali;
6. in caso di comunicazione dei dati personali all’estero, lo Stato od organo internazionale e le garanzie di cui all’articolo 16 capoverso 2 o l’applicazione di un’eccezione secondo l’articolo 17 LPD.

Vi prego di confermare completezza e correttezza delle informazioni.

Se non potete fornirmi le informazioni, vi prego di motivare la vostra decisione ai sensi dell’art.26 capoverso 4 LPD entro lo stesso termine.

Siete tenuti a fornire le informazioni anche se avete affidato il trattamento dei dati personali a un responsabile del trattamento.

Vi ringrazio fin d’ora per il vostro interessamento.

Cordiali saluti

Firma ..........................................................................

**Allegato:**

copia carta d’identità/passaporto con firma originale