Al Titolare del trattamento dei dati personali
Direttore generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Al Direttore
UO Gestione Immobili e Adeguamenti di Sicurezza

videosorveglianza@aou-careggi.toscana.it

ISTANZA DI ACCESSO ALLE IMMAGINI REGISTRATE MEDIANTE STRUMENTI DI VIDEOSORVEGLIANZA

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a il ____/____/_____ a _____ Prov. _____

residente a _____ Prov. _____ CAP_____

in via _____ Tel. _____

Indirizzo di posta elettronica / PEC:

_____

essendosi trovato a transitare all'interno del comprensorio ospedaliero in spazi che potrebbero essere ripresi dal sistema di videosorveglianza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi ed essendo accaduto che

_____

_____

_____

_____

Ulteriori informazioni utili ad individuare e circoscrivere le immagini di interesse:

1. luogo o luoghi di possibile ripresa (indicare area, lotto, piano, numero della telecamera presente sul luogo se disponibile, etc.)

   _____

   _____

2. data di possibile ripresa

   _____

3. fascia oraria di possibile ripresa (approssimazione di 30 minuti) dalle ore _____ alle ore_____;

4. abbigliamento e accessori al momento della possibile ripresa:

   _____

   _____

   _____;

5. presenza di accompagnatori (indicare numero, sesso, sommaria descrizione) _____ _____;

6. attività svolta durante la ripresa _____ _____ _____;

7. se i fatti riguardano auto, ciclomotori o altri mezzi descriverne tipologie e colore _____ _____.

DICHIARA

-di essere consapevole che le immagini registrate vengono conservate per massimo 96 ore;

-di essere consapevole che, se le immagini contengono dati riferibili a terzi, l'accesso del sottoscritto è consentito nei limiti della normativa vigente

-di esser consapevole che, nel caso sia stata fatta denuncia relativamente ai fatti sopra descritti perché costituenti ipotesi di reato, le immagini, lasciate integre, potranno essere consegnate direttamente all'autorità giudiziaria e/o di polizia;

Tutto ciò premesso il sottoscritto, a norma dell'art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679, presa visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali fornite ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e allegate al presente modulo, intende esercitare il diritto di accesso, riconosciuto dall'art. 15 del Regolamento (UE) 2016/679 e, a tal fine,

CHIEDE

☐ di accertare se siano state raccolte immagini che riguardano il sottoscritto e/o i fatti sopra descritti;

☐ di archiviare le immagini affinché siano messe a disposizione dell'autorità giudiziaria e/o di polizia che indaga sui fatti sopra descritti;

☐ di acquisire le immagini riferite alla mia persona e/o ai fatti sopra descritti

_____

_____

Data _____/_____/_____ (Firma)_____

Allega: fotocopia di documento di identità in corso di validità

Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato che i costi previsti per l'espletamento delle operazioni richieste sono quelli di seguito indicati:

Esame di ogni singola registrazione (cioè di ogni singola telecamera) .... euro 15,00

Digitalizzazione immagini ..... euro 30,00

Firenze, li .....

Firma……..

Modalità di pagamento:

a) versamento presso le casse automatiche "Punto Rosso" situate esclusivamente all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (selezionare la voce "altro");

b) versamento sul conto corrente bancario AOUC c/o BMP (IBAN: IT22N0503402801000000009610) indicando come causale: "Nome e Cognome, istanza accesso immagini videoregistrate, data".