



ALLEGATO 2

**MODULO DI ISTANZA DELL'INTERESSATO PER L'ACCESSO A  
VIDEOREGISTRAZIONI DELL'IMPIANTO DI VIDEOSORVEGLIANZA  
DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO**

Da inoltrare a [privacy@smatteo.pv.it](mailto:privacy@smatteo.pv.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_,

**PREMETTE**

di essere transitato in spazi ripresi dal sistema di videosorveglianza della FONDAZIONE IRCCS  
POLICLINICO SAN MATTEO

oppure

di avere subito/assistito a quanto più oltre descritto, in spazi che presume essere ripresi dal sistema  
di videosorveglianza della FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

•  consapevole che le immagini registrate vengono conservate per 7 giorni;  
•  consapevole che qualora, entro i termini sopra indicati, venga presentata all'Ufficio Privacy  
motivata e dettagliata richiesta di accesso alle videoregistrazioni, per fatti costituenti ipotesi di reato,  
le immagini (ove reperite), saranno estrapolate, conservate e custodite per poi essere messe a  
disposizione dell'autorità giudiziaria e/o di polizia a seguito di presentazione di apposita richiesta  
formale;

•  intende esercitare il diritto di accesso, riconosciuto dall'art. 15 del Regolamento UE 2016/679  
(GDPR), al seguente scopo:

(a) acquisire immagini da mettere a disposizione dell'autorità giudiziaria e/o di polizia, che indaga sui  
fatti sopra descritti;

(b) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;



Tutto ciò premesso il/la sottoscritto/a, a norma dell'art. 15 del Regolamento UE 2016/679

CHIEDE

di esercitare il diritto di accesso alle immagini rilevate da apparati di videosorveglianza della  
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

Per permettere di individuare tali immagini, 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) dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;
  4. abbigliamento al momento della possibile ripresa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
  5. accessori (borse, altri oggetti) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
  6. presenza di accompagnatori (indicare numero, sesso, sommaria descrizione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
  7. attività svolta durante la ripresa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
  8. altri elementi atti a facilitare l'individuazione del sottoscritto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Recapito (o contatto telefonico) per eventuali ulteriori approfondimenti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In fede

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma Interessato)

Allega: fotocopia di documento di riconoscimento (se la firma non è apposta alla presenza dell'incaricato)