



FORMULARZ WNIOSKU DO SKORZYSTANIA Z PRAW PRZYSŁUGUJĄCYCH OSOBIE, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Formularz ma pomóc wyegzekwować Pani/Pana prawa wynikające z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych. Formularz można wykorzystać do przesłania wniosku o:

1. dostęp do Pani/Pana danych osobowych, przetwarzanych przez SPZOZ;
2. sprostowanie Pani/Pana nieprawidłowych lub uzupełnienie niekompletnych danych osobowych, przetwarzanych przez SPZOZ;
3. usunięcie Pani/Pana danych osobowych, przetwarzanych przez SPZOZ;
4. ograniczenie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, przetwarzanych przez SPZOZ;
5. uzyskanie kopii Pani/Pana danych osobowych.

DANE IDENTYFIKUJĄCE

Imię Nazwisko.....
Data urodzenia..... Pesel.....
Seria i numer dokumentu tożsamości*

ADRES KORESPONDENCYJNY I DANE KONTAKTOWE

Ulica/ nr domu / nr lokalu
Kod pocztowy Miejscowość

Telefon kontaktowy E-mail.....

Jeśli jest Pan/Pani (byłym) pracownikiem SPZOZ, a wniosek dotyczy danych zgromadzonych przez dział personalny, prosimy o zaznaczenie tego pola TAK

ABY WSKAZAĆ EGZEKWOWANE PRAWA, NALEŻY ZAZNACZYĆ JEDNO Z PONIŻSZYCH PÓL

Prawo dostępu

Ma Pani/Pan prawo poprosić SPZOZ o potwierdzenie, czy przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe oraz dostęp do nich, a także do poniższych informacji:

- cele przetwarzania danych;
- kategorie odnośnych danych osobowych;
- odbiorcy lub kategorie odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione;
- okres przechowywania danych osobowych lub kryteria określania takiego okresu;
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- jeśli dane osobowe nie zostały uzyskane bezpośrednio od Pani/Pana, dostępne informacje o źródle, z którego je uzyskaliśmy;
- czy i jak stosujemy zautomatyzowane podejmowanie decyzji, a w tym profilowanie;
- zabezpieczenia, które zastosowaliśmy podczas przekazywania Pani/Pana danych do państw trzecich

Prawo do sprostowania danych

Ma Pani/Pan prawo do sprostowania swoich nieprawidłowych danych osobowych oraz do żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych. Aby skorzystać z tego prawa, należy podać szczegółowe dane dotyczące Pani/Pana wniosku w niniejszym formularzu.

imię:..... Nazwisko:

Adres:..... Kod pocztowy:

*Numer dokumentu tożsamości proszę uzupełnić wyłącznie w przypadku osoby fizycznej nieposiadającej obywatelstwa polskiego i numeru PESEL

IKraj:.....Telefon:.....

E-mail:..... Data urodzenia.....

Prawo do usunięcia danych

Pod pewnymi warunkami gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej. Prosimy podać jakie dane osobowe mają zostać usunięte:

.....
.....
.....

oraz powody złożenia wniosku o usunięcie tych danych osobowych:

- moje dane osobowe przetwarzane nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane;
- wycofuję wcześniej udzieloną zgodę na przetwarzanie danych;
- sprzeciwiam się przetwarzaniu moich danych osobowych przez SPZOZ;
- moje dane osobowe były przetwarzane przez SPZOZ niezgodnie z prawem;

Prawo do ograniczenia przetwarzania

Pod pewnymi warunkami przysługuje Pani/Panu prawo do żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych przez SPZOZ. Prosimy zaznaczyć właściwe pole:

- kwestionuję prawidłowość moich danych osobowych;
- przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ. jest niezgodne z prawem i sprzeciwiam się ich usunięciu oraz żądam w zamian ograniczenia ich przetwarzania;
- SPZOZ nie potrzebuje już moich danych osobowych, ale są one mi niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń prawnych;

Jeżeli zaznaczone zostało którekolwiek z pól wskazanych powyżej, prosimy podać więcej szczegółów:

.....
.....

Prawo do przenoszenia danych

Ma Pani/Pan prawo do żądania, by dane osobowe zostały przesłane bezpośrednio przez SPZOZ. innej firmie, o ile jest to technicznie możliwe.

.....
.....
.....
.....

POTWIERDZENIE TOŻSAMOŚCI

Potwierdzam, że dane podane w tym formularzu są prawidłowe oraz że jestem osobą, której dane dotyczą o imieniu i nazwisku wskazanym w tym formularzu, Rozumiem, że SPZOZ musi potwierdzić moją tożsamość, aby zapobiec możliwości nadużycia przysługujących mi praw oraz że SPZOZ, może się ze mną skontaktować w celu uzyskania dalszych informacji.

.....
data

.....
podpis (czytelnie imię i nazwisko)