

WNIOSEK O REALIZACJĘ PRAW OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż zamieszkania):

Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego
im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

ul. Warszawska 2
52-114 Wrocław

WNIOSEK O REALIZACJĘ

praw osób, których dane dotyczą zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

Zwracam się Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, jako Administratora Danych Osobowych, o realizację przysługujących mi praw*:

- prawa dostępu do swoich danych – art. 15 RODO,
- prawa do sprostowania nieprawidłowych danych – art. 16 RODO,
- prawa do usunięcia danych- w przypadku wystąpienia okoliczności w art. 17 RODO,
- prawa do ograniczenia przetwarzania – w przypadkach wskazanym w art. 18 RODO,
- prawa do przenoszenia danych do innego administratora – w przypadkach wskazanych art. 20 RODO,
- prawa do sprzeciwu - w przypadkach wskazanych art. 21 RODO.

Uzasadnienie wniosku/opis żądania:

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

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Pani/Pana wniosek zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Administratora. W przypadku skomplikowanego charakteru/liczby żądań okres rozpatrywania wniosku może zostać wydłużony o kolejne 60 dni, o czym zostanie Pani/Pan poinformowany odrębnym pismem.

* właściwe zaznaczyć

.....
numer kolejny wniosku

Wypełnia Administrator Danych

Informacje identyfikujące osobę występującą z żądaniem w zasobach Administratora Danych Osobowych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....