……………………...., dnia ……………………..

Imię i nazwisko ………………………………………..

Nr PESEL …………………………………………………..

Adres zamieszkania: …………………………………

…………………………………………………………………

Dane do kontaktu (e-mail/telefon):

…………………………………………………………………

**Szpital Miejski w Siemianowicach Śl.**

**Sp. z o.o.**

**ul. 1 Maja 9**

**41-103 Siemianowice Śl.**

WNIOSEK OSOBY FIZYCZNEJ O REALIZACJĘ PRAWA

(wypełnić drukowanymi literami)

Działając na podstawie artykułu 12-22 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, proszę o realizację moich praw w związku z przetwarzaniem Danych Osobowych, wnioskuję o realizację prawa (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Informacji i dostępu do danych |  | Sprzeciwienia się przetwarzaniu danych |  |
| Do uzyskania kopii danych |  | Usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”) |  |
| Modyfikacji i sprostowania danych |  | Do niepodlegania profilowaniu |  |
| Ograniczenia przetwarzania danych |  | Do przeniesienia danych do innego Administratora Danych |  |

w procesie przetwarzania (kategorie danych):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

Uzasadnienie wniosku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wnioskowany sposób odbioru:

……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………….

Uwaga: jeśli dane odbierze pełnomocnik, proszę załączyć pełnomocnictwo.

Załączniki: ………………………………………………………………………..

…………………………………………….

*Podpis osoby wnioskującej*

*Informujemy, że Państwa dane będą przetwarzane tylko w celu realizacji składanego przez Państwa wniosku, a w przypadku braku danych w zbiorach, nie zostaną utrwalone. Administrator Danych ma prawo odmówić przekazania danych lub zmienić formę odbioru w sytuacji, kiedy nie jest w stanie prawidłowo zidentyfikować osoby wnioskującej.*