

CERERE
referitoare la **ștergerea datelor personale** ale persoanei vizate

*Către,
Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil*

Având în vedere prevederile art.17 din Regulamentul UE 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), vă adresez solicitarea de a șterge datele personale care se află în baza dumneavoastră de date, având în vedere faptul că datele cu caracter personal colectate de dumneavoastră nu mai sunt necesare pentru îndeplinirea scopului prelucrării prevăzut în.....(menționați temeiul documentului/înregistrarea).

Vă rog totodată să-mi comunicați în scris dacă s-a efectuat ștergerea datelor cu caracter personal și data la care s-a efectuat, iar dacă aceasta nu s-a efectuat să-mi comunicați motivele pentru care prelucrarea datelor personale mai este necesară și data până la care aceasta va înceta.

1. Date privind persoana care solicită informații

Nume și prenume:
Data și locul nașterii:CNP.....
Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl. sc. ap.
județ/sector..... telefon, adresa de email.....

În calitate de:

- persoană vizată (*Termenul "persoană vizată" este folosit pentru a desemna persoana fizică despre care se solicită informații prin prezenta cerere*)
- reprezentant legal al persoanei vizate, conform actului:

2. Date privind persoana vizată (se completează în situația în care persoana menționată la pct. 1 are calitate de reprezentant legal)

Nume și prenume:.....
Data și locul nașterii:.....CNP.....
Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl.
..... sc. ap. județ/sector..... telefon, adresa de email.....

3. Informații solicitate (vă rugăm să enumerați informațiile solicitate în temeiul art. 17 din RGPD)

4. Motive

.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie comunicate:

- în format electronic, la următoarea adresă de e-mail:
.....
- prin poștă, la următoarea adresă (se menționează adresa de corespondență)
.....

5. Dovada identității

Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil nu comunică informațiile solicitate în situația în care nu se certifică identitatea solicitantului și/sau a persoanei vizate.

Dacă sunteți persoana vizată vă rugăm să prezentați/atașați prezentei cereri dovada identității (copie CI/BI). Dacă depuneți cererea în calitate de reprezentant legal al persoanei vizate, vă rugăm să prezentați/atașați dovada identității (copie CI/BI), actul din care să rezulte reprezentarea legală, **precum și** dovada identității persoanei vizate și a consimțământului acesteia, cu excepția în care persoana vizată este copilul dumneavoastră în raport cu care exercitați autoritatea părintească.

.....
Nume, prenume

.....
Data

.....
Semnătura

CERERE
referitoare la **rectificarea datelor personale** ale persoanei vizate

*Către,
Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil*

Având în vedere prevederile art.16 din Regulamentul UE 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), vă transmit prin prezenta datele personale actualizate/suplimentare, cu rugămintea de a efectua rectificările necesare în baza dumneavoastră de date.

1. Nume, prenume actualizat.....
2. Date privind cartea de identitate: seria.....nr.....
3. Adresa de domiciliu/corespondență actualizată.....
4. Adresa de poștă electronică.....
5. Alte informații

1. Date privind persoana care solicită informații

Nume și prenume:

Data și locul nașterii:CNP.....

Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl. sc. ap.
județ/sector..... telefon, adresa de email.....

În calitate de:

persoană vizată (*Termenul "persoană vizată" este folosit pentru a desemna persoana fizică despre care se solicită informații prin prezenta cerere*)

reprezentant legal al persoanei vizate, conform actului:

2. Date privind persoana vizată (se completează în situația în care persoana menționată la pct. 1 are calitate de reprezentant legal)

Nume și prenume:.....

Data și locul nașterii:.....CNP.....

Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl.
..... sc. ap. județ/sector..... telefon, adresa de email.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie comunicate:

în format electronic, la următoarea adresă de e-mail:

.....

prin poștă, la următoarea adresă (se menționează adresa de corespondență)

.....

3. Dovada identității

Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil nu comunică informațiile solicitate în situația în care nu se certifică identitatea solicitantului și/sau a persoanei vizate.

Dacă sunteți persoana vizată vă rugăm să prezentați/atașați prezentei cereri dovada identității (copie CI/BI). Dacă depuneți cererea în calitate de reprezentant legal al persoanei vizate, vă rugăm să prezentați/atașați dovada identității (copie CI/BI), actul din care să rezulte reprezentarea legală, **precum și** dovada identității persoanei vizate și a consimțământului acesteia, cu excepția în care persoana vizată este copilul dumneavoastră în raport cu care exercitați autoritatea părintească.

Nume, prenume și (calitatea)

Data

.....

Semnătura

CERERE

referitoare la **exercitarea dreptului de acces la datele personale** ale persoanei vizate

*Către,
Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil*

În exercitarea dreptului prevăzut la art. 15 din Regulamentul privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (RGPD), prin prezenta solicit să:

1. Să îmi confirmați dacă în vederea desfășurării activității deprelucrați datele mele cu caracter personal.
2. În situația în care răspunsul la prima solicitare este afirmativ, vă rog să îmi comunicați următoarele informații.
 - a. Scopurile prelucrării
 - b. Categoriile de date cu caracter personal deținute și vizate
 - c. Destinatarii sau categoriile de destinatari cărora datele cu caracter personal le-au fost sau urmează să fie divulgate, în special destinatari din țări terțe sau organizații internaționale
 - d. Perioada de stocare a acestor date
 - e. Dacă am dreptul, conform prevederilor Regulamentului UE 2016/679, de a solicita rectificarea sau ștergerea datelor cu caracter personal ori restricționarea prelucrării datelor cu caracter personal
 - f. Care este autoritatea de supraveghere la care pot depune o plângere cu privire la prelucrarea datelor mele personale
 - g. În situația în care datele mele cu caracter personal nu sunt colectate de la mine, sursa acestora
 - h. Dacă există un proces decizional automatizat incluzând crearea de profiluri, precum și informații pertinente privind logica utilizată și privind importanța și consecințele preconizate ale unei astfel de prelucrări pentru mine
 - i. În cazul în care datele mele sunt transferate către un stat din afara UE și SEE sau o organizație internațională, vă rog să-mi comunicați măsurile de garantare a protecției datelor pe care le implementează spitalul, în conformitate cu prevederile art. 46 din Regulamentul UE 2016/679.

1. Date privind persoana care solicită informații

Nume și prenume:

Data și locul nașterii:CNP.....

Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl. sc. ap. județ/sector..... telefon, adresa de email.....

În calitate de:

persoană vizată (*Termenul "persoană vizată" este folosit pentru a desemna persoana fizică despre care se solicită informații prin prezenta cerere*)

reprezentant legal al persoanei vizate, conform actului:

.....

2. Date privind persoana vizată (se completează în situația în care persoana menționată la pct. 1 are calitate de reprezentant legal)

Nume și prenume:.....

Data și locul nașterii:.....CNP.....

Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl.

..... sc. ap. județ/sector..... telefon, adresa de email.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie comunicate:

în format electronic, la următoarea adresă de e-mail:

.....

prin poștă, la următoarea adresă (se menționează adresa de corespondență)

.....

3. Dovada identității

Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil nu comunică informațiile solicitate în situația în care nu se certifică identitatea solicitantului și/sau a persoanei vizate.

Dacă sunteți persoana vizată vă rugăm să prezentați/atașați prezentei cereri dovada identității (copie CI/BI). Dacă depuneți cererea în calitate de reprezentant legal al persoanei vizate, vă rugăm să prezentați/atașați dovada identității (copie CI/BI), actul din care să rezulte reprezentarea legală, **precum și** dovada identității persoanei vizate și a consimțământului acesteia, cu excepția în care persoana vizată este copilul dumneavoastră în raport cu care exercitați autoritatea părintească.

Nume, prenume

Data

.....
Semnătura

CERERE
pentru exercitarea dreptului la opoziție

Către,
Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil

În exercitarea dreptului prevăzut la art. 21 din Regulamentul privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (RGPD), prin prezenta îmi exprim opoziția față de prelucrarea datelor mele cu caracter personal.

1. Date privind persoana care solicită informații

Nume și prenume:
Data și locul nașterii:CNP.....
Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl. sc. ap.
județ/sector..... telefon, adresa de email.....

În calitate de:

- persoană vizată (*Termenul "persoană vizată" este folosit pentru a desemna persoana fizică despre care se solicită informații prin prezenta cerere*)
- reprezentant legal al persoanei vizate, conform actului:
.....

2. Date privind persoana vizată (se completează în situația în care persoana menționată la pct. 1 are calitate de reprezentant legal)

Nume și prenume:.....
Data și locul
nașterii:.....CNP.....
Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl.
..... sc. ap. județ/sector..... telefon, adresa de email.....

3. Informații solicitate (vă rugăm să enumerați informațiile solicitate în temeiul art. 21 din RGPD)

4. Motive

.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie comunicate:

- în format electronic, la următoarea adresă de e-mail:
.....
- prin poștă, la următoarea adresă (se menționează adresa de corespondență)
.....

5. Dovada identității

Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil nu comunică informațiile solicitate în situația în care nu se certifică identitatea solicitantului și/sau a persoanei vizate.

Dacă sunteți persoana vizată vă rugăm să prezentați/atașați prezentei cereri dovada identității (copie CI/BI). Dacă depuneți cererea în calitate de reprezentant legal al persoanei vizate, vă rugăm să prezentați/atașați dovada identității (copie CI/BI), actul din care să rezulte reprezentarea legală, **precum și** dovada identității persoanei vizate și a consimțământului acesteia, cu excepția în care persoana vizată este copilul dumneavoastră în raport cu care exercitați autoritatea părintească.

Nume, prenume

Data

CERERE
pentru exercitarea dreptului la restricționarea datelor

Către,
Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil

În exercitarea dreptului prevăzut la art. 18 din Regulamentul privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (RGPD), prin prezenta solicit să-mi ștergeți date cu caracter personal care mă privesc și să-mi confirmați că datele au fost șterse.

1. Date privind persoana care solicită informații

Nume și prenume:

Data și locul nașterii:CNP.....

Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl. sc. ap.
județ/sector..... telefon, adresa de email.....

În calitate de:

persoană vizată (*Termenul "persoană vizată" este folosit pentru a desemna persoana fizică despre care se solicită informații prin prezenta cerere*)

reprezentant legal al persoanei vizate, conform actului:

.....

2. Date privind persoana vizată (se completează în situația în care persoana menționată la pct. 1 are calitate de reprezentant legal)

Nume și prenume:.....

Data și locul nașterii:.....CNP.....

Domiciliul/reședința în..... str. nr. bl.
..... sc. ap. județ/sector..... telefon, adresa de email.....

3. Informații solicitate (vă rugăm să enumerați informațiile solicitate în temeiul art. 18 din RGPD)

4. Motive

.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie comunicate:

în format electronic, la următoarea adresă de e-mail:

.....

prin poștă, la următoarea adresă (se menționează adresa de corespondență)

.....

5. Dovada identității

Spitalul Orășenesc Sfânta Filofteia, Mizil nu comunică informațiile solicitate în situația în care nu se certifică identitatea solicitantului și/sau a persoanei vizate.

Dacă sunteți persoana vizată vă rugăm să prezentați/atașați prezentei cereri dovada identității (copie CI/BI). Dacă depuneți cererea în calitate de reprezentant legal al persoanei vizate, vă rugăm să prezentați/atașați dovada identității (copie CI/BI), actul din care să rezulte reprezentarea legală, **precum și** dovada identității persoanei vizate și a consimțământului acesteia, cu excepția în care persoana vizată este copilul dumneavoastră în raport cu care exercitați autoritatea părintească.