



**Załącznik nr 1 do Procedury dotyczącej realizacji praw osób których dane dotyczą
Wniosek o realizację praw na mocy RODO – wypełnia Wnioskodawca**
skorzystanie ze wzoru nie jest obowiązkowe i ma na celu jedynie ułatwienie złożenia wniosku

.....
(Data wypełnienia wniosku - d d m m r r r r)

Dane osoby składającej wniosek:

Nazwisko i imię (imiona): Nr PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Podmiot do którego składany jest wniosek:

1. Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ, ul. A. J. Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa. 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 zwracam się do Administratora danych którym jest Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ w Warszawie, o realizację przysługujących mi praw:

- Dostępu do danych osobowych oraz uzyskania informacji (zgodnie art. 15 RODO)*
- Do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych (zgodnie z art. 16 RODO)*
- Do usunięcia danych osobowych - prawo do bycia zapomnianym (zgodnie z art. 17 RODO)*
- Do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych (zgodnie z art.18 RODO)*
- Do przenoszenia danych osobowych (zgodnie z art. 20 RODO)*
- Do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (zgodnie z art. 21 RODO)

*(proszę zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

2. Dodatkowe informacje, niezbędne do realizacji żądania – proszę dookreślić żądanie; informacje umożliwiające Administratorowi identyfikację danych w zbiorze: np./ żądam informacji czy Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SP ZOZ w Warszawie przetwarza moje dane osobowe, żądam sprostowania moich danych (proszę dookreślić o jakich danych jest mowa), żądam zaprzestania przetwarzania danych osobowych gdyż ich przetwarzanie jest niezgodne z prawem, cofam udzieloną zgodę na przetwarzanie moich danych itp.

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

3. Wybrany sposób odbioru:

- Odbiór osobisty*;
- Wysłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres wskazany we wniosku*;
- Przesłanie za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres email*:

Świadoma/y zagrożenień związanych z przesyłaniem dokumentów drogą elektroniczną wyrażam świadomą zgodę na przekazanie moich danych przez Szpital na wskazany adres e-mailowy oraz zabezpieczenie dokumentu hasłem, które zostanie przesłane SMS-em na nr tel.*.

*(proszę zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek

Dotyczy wniosków składanych osobiście:

Tożsamość osoby składającej wniosek osobiście zweryfikowano na podstawie dokumentu tożsamości: rodzaj (dowód osobisty lub paszport) seria i nr....., ważny do:.....

Data i podpis i osoby przyjmującej wniosek w imieniu Administratora.....



Wniosek o realizację praw na mocy RODO – wypełnia Administrator Danych

1. Rejestracja wniosku

Nr wniosku

Data wpłynięcia wniosku:

(Data wypełnienia wniosku - d d m m r r r r)

2. Potwierdzenie realizacji żądania

Wysłano listem potwierdzonym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru:

Nr nadawczy:

Adres:.....

Data wysłania:.....

Wysłano za pomocą poczty elektronicznej:

Adres email:.....

Data wysłania:

Przekazano osobiście:

Ja niżej podpisana/y potwierdzam odbiór dokumentów

.....
(Data i czytelny podpis osoby odbierającej)

Tożsamość osoby odbierającej zweryfikowano na podstawie:

Imię i nazwisko.....

Nr dokumentu tożsamości:.....

.....
(Data i czytelny osoby wydającej dokumentację)