

**WNIOSEK O UDZIELENIE INFORMACJI W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH
OSOBOWYCH PRZEZ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. DR. ROMANA
OSTRZYCKIEGO W KONINIE**

Wzór

Dane Wnioskodawcy (osoby której dane dotyczą)

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
E-mail:	

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), dalej RODO: na podstawie art. 15 RODO zwracam się z prośbą o: (zaznacz właściwe pola)

- potwierdzenie, czy moje dane są przetwarzane
- informację o celach przetwarzania moich danych osobowych
- informację o kategoriach przetwarzanych danych osobowych
- informację o odbiorcach lub kategoriach odbiorców moich danych osobowych
- informację o przewidywanym okresie przechowywania moich danych osobowych
- informację w zakresie prawa do sprostowania, usunięcia, ograniczenia lub sprzeciwienia się przetwarzaniu moich danych osobowych
- informację w zakresie prawa do złożenia skargi do organu nadzorczego
- informację o źródle pozyskania moich danych osobowych, jeżeli dane osobowe nie zostały zebrane od osoby wnioskującej,
- informację czy moje dane osobowe wykorzystywane są w zautomatyzowanym procesie podejmowania decyzji, w tym o profilowaniu, a jeśli tak, to proszę o wskazanie jego zasad i konsekwencji dla mnie

Przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie skuteczny dopiero po zweryfikowaniu mojej tożsamości.

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis

Wypełnia Administrator

Tożsamość Wnioskodawcy została zweryfikowana pozytywnie

.....
Data i podpis osoby uprawnionej przez Administratora