**WNIOSEK O REALIZACJĘ PRAW OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

**zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO)**

Wniosek składany jest do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Osiekuz siedzibą przy ulicy Starowiejskiej 175, [kod pocztowy: 32-608] Osiek.

**Dane identyfikacyjne osoby:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

Miejscowość: ……………………………………………………………………………………………………………………

ul. ……………………………………………………………….…………… nr ……….… lok. …………

Kod pocztowy …………….…-………….……

poczta ……………………………………………

Adres do korespondencji (inny niż zamieszkania):

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu/ adres e-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj wnioskowanej informacji (proszę o zaznaczenie punktu, którego dotyczy wniosek):**

1. **Dostęp do danych** (w tym do uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieku.
2. **Sprostowanie, uzupełnienie danych** - proszę o podanie zakresu danych osobowych podlegających sprostowaniu lub uzupełnieniu oraz podstawy sprostowania. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieku zrealizuje prawo po przedstawieniu przez wnioskodawcę dokumentów potwierdzających żądanie lub po złożeniu dodatkowego oświadczenia.
3. **Ograniczenie przetwarzania danych** - proszę o uzasadnienie ograniczenia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieku ograniczy przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy do czasu weryfikacji uzasadnienia, w tym czasie spółka będzie jedynie przechowywać dane.
4. **Usunięcie danych** (prawo do usunięcia danych) zostanie zrealizowane z uwzględnieniem celów przetwarzania oraz okresów przechowywania wynikających z zasad retencji danych osobowych zgodnych z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa).
5. **Przenoszenie danych** - proszę o podanie danych teleadresowych nowego administratora – prawo do przeniesienia danych. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieku zrealizuje zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa; prawo to zostanie zrealizowane po złożeniu przez wnioskodawcę oświadczenia o wyrażeniu zgody na przeniesienie danych do innego administratora.
6. **Sprzeciw** - proszę o podanie wobec jakiego celu przetwarzania wnioskodawca wnosi sprzeciw i podanie przyczyn związanych z jego szczególną sytuacją – prawo do sprzeciwu. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Osieku zrealizuje zgodnie ze wskazanym we wniosku celem przetwarzania po podaniu przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wnioskodawcy.

**Opis zgłoszonego żądania wraz ze wskazaniem ewentualnych zastrzeżeń**

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**Informacja o preferowanej formie odpowiedzi, jeśli kanał odpowiedzi ma być inny niż zgłoszone żądanie.**

……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**Data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika\*:**

…………………………………………………………………………

**Podpis i pieczęć osoby przyjmującej wniosek:**

……………………………………………………………………

***\**** *w przypadku zgłoszenia żądania przez pełnomocnika niezbędne jest dołączenie dokumentu pełnomocnictwa*