

Timpul estimativ de completare al formularului este de 15 minute

Către

..... (se menționează instituția)

..... (adresa)

Subsemnatul/Subsemnata.....(numele și prenumele), cu domiciliul/reședința în..... str....., nr....., bl....., sc....., ap....., telefon..... (opțional), adresa de e-mail....., în temeiul art.13 din *Legea 677/2010 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*, vă rog să-mi comunicați dacă datele cu caracter personal care mă privesc¹ au fost prelucrate sau nu în cadrul instituției dumneavoastră.

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți măsurile legale pentru a primi informațiile solicitate în baza Legii 677/2001 la următoarea adresă (opțional) la următoarea adresă de poștă electronică (opțional).

(opțional)² Doresc ca datele solicitate să-mi fie comunicate prin intermediul cadrului medical.....³

DATA

SEMNĂTURA

.....
¹ se enumeră datele cu caracter personal vizate

² în cazul datelor cu caracter personal legate de starea de sănătate

³ se vor menționa datele de identificare ale cadrului medical