

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВО НА ПРЕНОСИМОСТ НА ЛИЧНИ ДАННИ**

**1. Данни на заявителя:**

Три имена:*	
ЕГН:*	
Адрес:*	
Телефонен номер:*	
Електронна поща:*	

*(Полетата със \* са задължителни)*

**2. Вие ли сте субектът на данни/титulary на данните/пациентът?**

*(Моля, отбележете съответното обстоятелство и прочетете инструкциите под него)*

**ДА:** Аз съм субектът на данни/титulary на данните/пациентът. Представям документ за моята самоличност за справка.

*(Моля, отидете на точка 4)*

**НЕ:** Подавам настоящото заявление от името на субекта на данните/титulary на данните/пациентът. Представям пълномощно, съгласно което съм упълномощен да извършвам действия от името на субекта на данните, и документ за моя самоличност за справка.

*(Моля, отидете на точка 3)*

Ако с оглед представените доказателства за удостоверяване самоличността преценим, че същите не са достатъчни, ние си запазваме правото да откажем извършване на поисканите действия или да поискаме допълнителна информация за Вашата самоличност.

**3. За кого искате да Ви бъде предоставена информация?:**

Три имена:*	
ЕГН:*	

*(Полетата със \* са задължителни)*

**4. Предмет на искането:**

Моля, дайте кратко описание относно: какви категории лични данни желаете да получите и в какъв машинно четим формат:

---

---

---

---

---

---

*(под машинно четим формат се има предвид XML, JSON, CSV или други.)*

Лечебното заведение ще разгледа своевременно искането за преносимост на информация и ще се произнесе по неговата основателност.

**5. Получаване на информация:**

Моля, отбележете начина, по който искате да получите поисканата информация:

- На място в сградата на лечебното заведение;
- По куриер на посочения от мен адрес за моя сметка;
- На посочената от мен електронна поща.

**6. Упълномощаване:**

В случай че поискам информацията да ми бъде предоставена на място в сградата на лечебното заведение, упълномощавам следното трето лице да я получи:

Три имена:*	
ЕГН:*	
Телефонен номер:	

*(Полетата със \* са задължителни)*

**7. Деклариране.**

Потвърждавам, че информацията, която съм предоставил на лечебното заведение, е вярна. Разбирам, че е необходимо на лечебното заведение да потвърди моята/на субекта на данните самоличност и че може да е необходима допълнителна информация, за да бъде поисканата от мен информация, правилно определена.

Приложения:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Дата:.....г.

Заявител: \_\_\_\_\_

Гр. Варна

(подпис)

*(Моля, имайте предвид, че представянето на невярна информация, съставянето на неистински документ или всеки опит за подвеждане на администратора може да доведе до понасяне на съответната от Вас отговорност.)*