

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВО НА ИЗТРИВАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ

1. Данни на заявителя:

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

*(Полетата със * са задължителни)*

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

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

☐ **ДА:** Аз съм субектът на данни/титуляр 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/титуляр 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 информацията да бъде изтрита?:

Три имена:*	
ЕГН:*	

*(Полетата със * са задължителни)*

4. Предмет на искането:

Моля, дайте описание на информацията, която искате да бъде изтрита:
(Представете всякаква относима информация, която мислите, че ще помогне за определяне на личните данни, които искате да бъдат изтрети)

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

5. Получаване на уведомление:

Моля, отбележете начина, по който искате да бъде своевременно информиран/а:

- ☐ 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 уведомлението да ми бъде предоставено 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.

Гр. София

Заявител:_____

(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.)