

**CERERE PENTRU EXERCITAREA DREPTULUI LA RESTRICȚIONAREA
PRELUCRĂRII**

Către,

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV

Adresă corespondență: Mun. Brașov, str. Calea București, nr. 25-27, Jud. Brașov

Subsemnatul/a (numele și prenumele), identificat
cu CNP, având calitatea de,
adresa de corespondență, adresa de e-mail
..... (opțional),

În calitate de persoană vizată

În calitate de reprezentant al persoanei vizate, dl/dna

în temeiul art. 15 din *Regulamentul nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE*, vă rog să luați măsurile ce se impun pentru restricționarea prelucrării datelor cu caracter personal care mă privesc (*se enumeră datele*)

.....,
prelucrate de către instituția dumneavoastră, din următoarele motive:

contest exactitatea datelor;

au fost prelucrate ilegal și mă opun ștergerii datelor;

operatorul nu mai are nevoie de datele mele și le solicit pentru constatarea, exercitarea sau apărarea unui drept în instanță;

m-am opus prelucrării, în conformitate cu art. 21, alin. (1) din Regulamentul nr. 679/2016;

alte motive, în conformitate cu Regulamentul nr. 679/2016.

(descriere).....

În susținerea solicitării mele, anexez la prezenta cerere, în copie, următoarele documente justificative/doveditoare.....

Solicit ca răspunsul să îmi fie comunicat:

a) la adresa (*se menționează adresa de corespondență*).

b) prin e-mail, la adresa

c) printr-un serviciu de corespondență care să asigure faptul ca predarea mi se va face numai personal, la adresa

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți măsurile legale pentru a primi informațiile solicitate în baza *Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*. Declar pe propria răspundere că datele completate în prezenta cerere sunt reale și corecte.

DATA

SEMNĂTURA