

1. Cerere pentru exercitarea dreptului de acces

MODEL

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 nr. 677/2001 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 privesc

.....¹ 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 nr. 677/2001 la următoarea

adresă..... (*opțional*) la următoarea adresa 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.

