Приложение 1

к Правилам рассмотрения запросов субъекта персональных данных или его представителя, а также уполномоченного органа по защите прав субъектов персональных данных

Запрос субъекта персональных данных или его представителя на получение сведений о наличии персональных данных и/ или ознакомления с ними субъекта персональных

|  |
| --- |
| Главному врачу КУ «Центр СПИД» |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество субъекта ПДн или его представителя

паспорт: серия, №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 14 Федерального Закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» я имею право:

1. получить сведения о наличии моих персональных данных (персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

((фамилия, имя, отчество (при наличии))

(указать V нужное):

осуществляется ли обработка моих персональных данных;

правовые основания и цели обработки их персональных данных;

цели и применяемые способы обработки персональных данных;

обрабатываемые персональные данные, относящиеся ко мне и источник их получения;

наименование и место нахождения оператора, сведения о лицах (за исключением сотрудников КУ «Центр СПИД»), которые имеют доступ к моим персональным данным или которым могут быть раскрыты мои персональные данные на основании договора с оператором или на основании федерального закона;

сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;

информацию об осуществленной или о предполагаемой трансграничной передаче данных;

наименование или фамилию, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению КУ «Центр СПИД», если обработка поручена или будет поручена такому лицу.

Ознакомиться в моими персональными данными.

Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по вышеуказанному адресу в предусмотренный законом срок.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись субъекта)