



**WNIOSEK O SKORZYSTANIE Z PRAWA  
WYNIKAJĄCEGO Z RODO**

**Obowiązuje od:  
09.12.2019**

Czeladź dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Pesel

.....  
dane kontaktowe

**Dyrektor PZZOZ  
ul. Szpitalna 40  
41-250 Czeladź**

Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 Kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wnoszę o skorzystanie z prawa:

dostępu do danych – proszę podać rodzaj danych i zakres dostępu (kopia danych, do wglądu):

.....  
.....

sprostowania danych – proszę podać informacje dotyczącą sprostowania danych:

.....  
.....

usunięcia danych – proszę podać rodzaj danych jakie mają być usunięte:

.....  
.....

ograniczenia przetwarzania – proszę podać zakres ograniczenia i rodzaj danych, które mają być ograniczone w przetwarzaniu:

.....  
.....

wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania

przeniesienia danych – proszę podać jakich danych dotyczy przeniesienie i miejsce przeniesienia:

.....  
.....

wniesienia skargi – proszę opisać treść skargi:

.....  
.....

wycofania zgody do przetwarzania danych – proszę podać o ile to możliwe cel wyrażonej zgody:

.....  
.....

.....  
(podpis wnioskującego)

 Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej	<b>ZAŁĄCZNIK NR 1 DO PROCEDURY PO/029</b>	Wydanie 1
	<b>WNIOSEK O SKORZYSTANIE Z PRAWA WYNIKAJĄCEGO Z RODO</b>	Obowiązuje od: 09.12.2019

**Pouczenie:**

1. Przysługuje Pani/Panu prawo do sprostowania przetwarzanych danych osobowych, w takim zakresie, w jakim wskazane dane są niezgodne ze stanem faktycznym. Powyższe nie dotyczy zebranych danych medycznych.
2. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do danych osobowych. Informuje jednocześnie, że prawo dostępu do danych medycznych jest realizowane w PZZOZ przez Dział Kontraktowania, Weryfikacji Świadczeń Medycznych i Statystyki Medycznej na mocy Regulaminu Udostępniania Dokumentacji Medycznej.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania.
4. Ma Pani/Pan prawo do przenoszenia swoich danych osobowych tj. do otrzymania od Administratora Danych osobowych, w ustrukturyzowanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, oraz prawo do żądania przesłania wskazanych danych do innego Administratora Danych (np. innego szpitala), w przypadku przetwarzania wskazanych danych w związku z świadczoną usługą medyczną lub na podstawie udzielonej zgody.
5. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody, ale nie będzie miało to wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
6. Przysługuje również Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
(podpis wnioskującego)

Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną PZZOZ dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

.....  
(podpis wnioskującego)