



(vardas, pavardė, gimimo data)

(kontakciniai duomenys: gyvenamosios vietos adresas, telefono numeris, el. pašto adresas)

(atstovo duomenys, jeigu taikoma)

PRAŠYMAS IGYVENDINTI DUOMENŲ SUBJEKTO TEISĘ (-ES)

(data)

1. Vadovaudamasi (-s) 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas), **prašau įgyvendinti šią (šias) duomenų subjekto teisę (-es)¹:**

- ☐ teisę gauti informaciją apie duomenų tvarkymą
- ☐ teisę susipažinti su asmens duomenimis
- ☐ teisę reikalauti ištaisyti asmens duomenis
- ☐ teisę reikalauti ištrinti asmens duomenis („teisę būti pamirštam“)
- ☐ teisę apriboti asmens duomenų tvarkymą
- ☐ teisę į asmens duomenų perkeliamumą
- ☐ teisę nesutikti su asmens duomenų tvarkymu
- ☐ teisę reikalauti, kad nebūtų taikomas tik automatizuotu duomenų tvarkymu, įskaitant profiliavimą, grindžiamas sprendimas

2. Nurodykite, ko konkrečiai prašote, ir pateikite kiek įmanoma daugiau informacijos, kuri leistų tinkamai įgyvendinti Jūsų teisę (-es) (*jeigu norite ištaisyti duomenis, nurodykite, kokie konkrečiai Jūsų asmens duomenys yra netikslūs; jeigu nesutinkate, kad būtų tvarkomi Jūsų asmens duomenys, išdėstykite argumentus, kuriais grindžiate savo nesutikimą, taip pat nurodykite, su kokių konkrečiai duomenų tvarkymu nesutinkate, ir t. t.*):

¹ Pasirinkite, kokią (kokiais) savo, kaip duomenų subjekto teisę (-es), norite įgyvendinti, ir pažymėkite atitinkamą langelį (-ius).

PRIDEDAMA²:

1. _____.
2. _____.
3. _____.
4. _____.

Atsakymą noriu gauti (*pažymėti vieną langelį*):

- ☐ atvykęs (-usi) į VšĮ Širvintų rajono savivaldybės sveikatos centrą
☐ elektroniniu paštu (*tik prašymą pasirašius kvalifikuotu elektroniniu parašu*)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

Asmens tapatybė patikrinta pagal pateiktą dokumentą (pildo VšĮ Širvintų rajono savivaldybės Sveikatos centro darbuotojas, kai duomenų subjektas prašymą pateikia tiesiogiai, atvykęs į Sveikatos centrą):

- ☐ asmens tapatybės kortelė
☐ pasas

Darbuotojas, patikrinęs asmens tapatybę

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

² Jeigu prašymas siunčiamas paštu, prie prašymo pridedama asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija, patvirtinta notaro. Jeigu kreipiamasi dėl netikslių duomenų ištaisymo, pateikiamos tikslių duomenų patvirtinimo dokumentų kopijos; jeigu jos siunčiamos paštu, jos turi būti patvirtintos notaro ar kita teisės aktų nustatyta tvarka. Jeigu duomenų subjekto asmens duomenys (vardas, pavardė) yra pasikeitę, kartu pateikiamos dokumentų, kuriais patvirtinamas šių duomenų pasikeitimas, kopijos; jeigu jos siunčiamos paštu, turi būti patvirtintos notaro ar kita teisės aktų nustatyta tvarka.