

Catre:  
Spitalul Clinic "Sfanta Maria"  
Bd. Ion Mihalache, nr. 37-39, Bucuresti

## CERERE PENTRU EXERCITAREA DREPTULUI DE RECTIFICARE

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_ cu domiciliul/resedinta in \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_ bl. \_\_\_ sc. \_\_\_ ap. \_\_\_ telefon \_\_\_\_\_, adresa de e-mail \_\_\_\_\_, in temeiul art. 16 din *Regulamentului (UE) 679/2016 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor)*, va rog sa dispuneti masurile legale pentru ca urmatoarele categorii de date cu caracter personal care ma privesc \_\_\_\_\_<sup>1</sup> sa fie rectificate deoarece sunt incomplete/inexacte.

Totodata, in masura in care datele care ma privesc au fost dezvaluite unor terti, va rog ca acestia sa fie notificati cu privire la faptul ca acestea au fost rectificate.

Anexez in original/copie urmatoarele documente pe care se intemeiaza prezenta cerere:

\_\_\_\_\_.

Fata de cele de mai sus, va rog sa dispuneti ca informatiile privind masurile dispuse potrivit solicitarii formulate sa-mi fie comunicate la urmatoarea adresa \_\_\_\_\_ (optional) sau/si la urmatoarea adresa de posta electronica \_\_\_\_\_ (optional).

Data:

Semnatura:

DOVADA IDENTITATII SOLICITANTULUI: Pentru cazurile in care exista indoieli intemeiate cu privire la identitatea persoanei vizate, Operatorul va putea solicita informatii suplimentare necesare pentru a confirma identitatea persoanei vizate.

<sup>1</sup> Se enumera datele cu caracter personal vizate.