

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

CERERE PENTRU EXERCITAREA DREPTULUI DE STERGERE

Subsemnatul/Subsemnata, _____ cu domiciliul/resedinta in _____ str. _____ nr. ___ bl. ___ sc. ___ ap. ___ telefon _____ adresa de e-mail _____, in temeiul art. 17 din Regulamentului (UE) 2016/679 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 datele cu caracter personal care ma privesc _____¹ sa fie sterse deoarece _____².

Totodata, va rog sa notificati tertii carora le-au fost dezvaluite datele cu caracter personal care ma privesc despre faptul ca acestea au fost sterse.

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 _____ sau/si la urmatoarea adresa de posta electronica _____.

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.

Nota: Exercitarea acestui drept se va putea face in limitele si conditiile prevazute de Regulamentul general de protectia a datelor.

¹ Se enumera datele cu caracter personal vizate;

² Se trece motivul;