

Cerere pentru exercitarea dreptului de rectificare

Către Spitalul Clinic de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială "Prof. Dr. Dan Theodorescu"

Calea Plevnei, nr. 17-21, sector 1, București, România

Subsemnatul/Subsemnata _____ (numele și prenumele) cu domiciliul/reședința în _____ str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____ telefon _____, (opțional) adresa de e-mail _____,

în calitate de persoana vizată

în calitate de reprezentant al persoanei vizate, dl./dna. _____.

În temeiul art. 16 din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (RGDP),

vă rog să dispuneți măsurile legale pentru ca următoarele categorii de date cu caracter personal _____ să fie rectificate deoarece sunt incomplete/inexacte.

Totodată, vă rog să fie notificați terții cărora le-au fost dezvăluite următoarele date cu caracter personal mai sus menționate cu privire la faptul că acestea au fost rectificate.

Dovada necesității rectificării rezidă din _____.

Anexez în copie următoarele documente pe care se întemeiază prezenta cerere: _____ (acolo unde este cazul).

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți ca informațiile privind măsurile dispuse potrivit solicitării formulate să-mi fie comunicate la:

la adresa menționată anterior;

la o altă adresă de corespondență, respectiv: _____;

la următoarea adresă de e-mail: _____.

ridicare personal de la sediul instituției.

Subsemnatul, _____, declar ca sunt titularul prezentei cereri, că datele cu caracter personal pentru care am solicitat rectificarea îmi aparțin sau, după caz, sunt reprezentantul legal al persoanei vizate și confirm faptul că informațiile furnizate de mine prin această cerere sunt reale și corecte.

DATA:

SEMNĂTURA: