Załącznik nr 4 Polityki Ochrony Danych Osobowych

Kielce, dnia …………….

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI O PRZETWARZANIU DANYCH**

Na podstawie art. 15 Rozporządza 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) - RODO, *wnoszę   
o udzielenie informacji czy Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach przetwarza moje dane osobowe*: …………………………………………………… (Imię i nazwisko).

* na podstawie art. 15 RODO, wnoszę o wydanie kopii danych osobowych[[1]](#footnote-1)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* na podstawie art. 16 RODO żądam sprostowania/uzupełnienia nieprawidłowych/niekompletnych danych osobowych[[2]](#footnote-2) …………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* na podstawie art. 17 RODO, żądam usunięcia moich danych osobowych[[3]](#footnote-3)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* na podstawie art. 18 RODO, żądam ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych[[4]](#footnote-4)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* na podstawie art. 19 RODO, wnoszę o powiadomienie współadministratorów lub podmioty przetwarzające o:

sprostowaniu/usunięciu/uaktualnieniu/ograniczeniu

* na podstawie art. 20 RODO, wnoszę o przeniesienie moich danych osobowych do……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* na podstawie art. 21 RODO, wnoszę sprzeciw przetwarzaniu moich danych osobowych na podstawie udzielonej przeze mnie zgody/ odwołuję zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu ……………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

podpis osoby składającej wniosek

1. Nie dotyczy dokumentacji medycznej. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać informacje dot. zakresu przetwarzania danych oraz wskazać w jakim zakresie są nieaktualne lub wadliwe. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wskazać dane, które podlegają usunięciu oraz przyczynę ich usunięcia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wskazać przyczynę i zakres danych, które podlegają ograniczeniu. [↑](#footnote-ref-4)