
(Duomenų subjekto vardas, pavardė¹)

(Adresas ir (ar) kiti kontaktiniai duomenys (telefono ryšio numeris ar el. pašto adresas (nurodoma pareiškėjui pageidaujant))

(Atstovas ir atstovavimo pagrindas, jeigu prašymą pateikia duomenų subjekto atstovas)²

Šilalės rajono savivaldybės
visuomenės sveikatos biurui

PRAŠYMAS ĮGYVENDINTI DUOMENŲ SUBJEKTO TEISĘ (-ES)

(Data)

(Vieta)

1. Prašau įgyvendinti šią (šias) duomenų subjekto teisę (-es):
(Tinkamą langelį pažymėkite kryželiu):

- Teisę gauti informaciją apie duomenų tvarkymą
- Teisę susipažinti su duomenimis
- Teisę reikalauti ištaisyti duomenis
- Teisę reikalauti ištrinti duomenis („teisė būti pamirštam“)
- Teisę apriboti duomenų tvarkymą
- Teisę į duomenų perkeliamumą
- Teisę nesutikti su 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) (pavyzdžiui, jeigu norite gauti asmens duomenų kopiją, nurodykite, kokių konkrečiai duomenų (pavyzdžiui, 2018 m. x mėn. x d. elektroninio pašto laiško kopiją, 2018 m. x mėn. x d. vaizdo įrašą (x val. x min. – x val. x min.) kopiją pageidaujate gauti;

¹ Gali būti prašoma nurodyti daugiau duomenų, siekiant nustatyti, ar duomenų subjekto duomenys yra tvarkomi, pavyzdžiui, nurodyti duomenų valdytojo duomenų subjektui priskirtą kodą ir pan.

² Jeigu prašymą pateikia duomenų subjekto atstovas, kartu turi būti pridedamas atstovo įgaliojimus patvirtinantis dokumentas.

