



Miejscowość: ..... Data:.....

### WNIOSEK OSOBY FIZYCZNEJ O REALIZACJĘ PRAWA

(wniosek przyjmujemy osobiście lub pocztą tradycyjną)

- Informacji i dostępu do danych
- Do uzyskania kopii danych
- Modyfikacji i sprostowania danych
- Ograniczenia przetwarzania danych
- Sprzeciwienia się faktowi przetwarzania danych
- Usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”)
- Do niepodlegania profilowaniu
- Do przeniesienia danych do innego Administratora Danych

Wypełnia Administrator Danych:

Numer wniosku:
Data wpływu:

Oznaczenie podmiotu, do którego składany jest wniosek:

Nazwa: **Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy**

Adres: **ulica Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz**

Działając na podstawie artykułu 12-22 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, proszę o realizację moich praw w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

Dane osoby wnioskującej do identyfikacji w zbiorach Administratora Danych:

Imię: ..... Nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Adres: .....  
Email/telefon: .....

Dodatkowe informacje umożliwiające identyfikację osoby w zbiorach Administratora Danych:

.....  
.....

Uzasadnienie wniosku:

.....  
.....

Wnioskowany sposób odbioru:  Osobiście w siedzibie Administratora Danych

Listownie na adres: .....  
.....  
.....

Załączam pełnomocnictwo do odbioru danych:

Inny załącznik: .....  
.....

(podpis osoby wnioskującej)

Szanowni Państwo:

1. Prosimy o wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Informujemy, że Państwa dane nie będą przetwarzane w żadnych innych celach poza realizacją składanego przez Państwa niniejszego wniosku, a w przypadku braku danych w zbiorach, nie zostaną utrwalone.
3. Administrator Danych ma prawo odmówić przekazania danych lub zmienić formę odbioru w sytuacji, kiedy nie jest w stanie prawidłowo zidentyfikować osoby wnioskującej.
4. W sytuacji, kiedy żądania osoby zostaną uznane za nadmierne lub nieuzasadnione, Administrator Danych może pobrać opłatę stosowną do kosztów udzielenia odpowiedzi, informując wcześniej osobę wnioskującą o wysokości opłaty.
5. Szczegółowe informacje na temat udzielania odpowiedzi można uzyskać na stronie Administratora Danych.

# INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU

Miejscowość: **PROSZĘ WPISAĆ MIEJSCOWOŚĆ** Data: **PROSZĘ WPISAĆ DATĘ WYPEŁNIENIA**

Wypełnia Administrator Danych:

Numer wniosku:

**POLE WYPEŁNIA ADMINISTRATOR DANYCH**

Data wpływu:

**POLE WYPEŁNIA ADMINISTRATOR DANYCH**

## WNIOSEK OSOBY FIZYCZNEJ O REALIZACJĘ PRAWA

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ (TYLKO JEDNO POLE), O JAKĄ REALIZACJĘ PRAWA PAŃSTWO WNIOSKUJĄ**

- Informacji i dostępu do danych
- Do uzyskania kopii danych
- Modyfikacji i sprostowania danych
- Ograniczenia przetwarzania danych
- Sprzeciwienia się faktowi przetwarzania danych
- Usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym“)
- Do niepodlegania profilowaniu
- Do przeniesienia danych do innego Administratora Danych

Oznaczenie podmiotu, do którego składany jest wniosek:

Nazwa: .....

**PROSZĘ WPISAĆ PEŁNĄ NAZWĘ ADMINISTRATORA DANYCH (NP. NAZWA PWIS)**

**PROSZĘ WPISAĆ PEŁNY ADRES (ULICY, NUMER BUDYNKU/LOKALU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ)** Adres: .....

Działając na podstawie artykułu 12-22 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, proszę o realizację moich praw w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

Dane osoby wnioskującej do identyfikacji w zbiorach Administratora Danych:

**PROSZĘ PONIŻEJ WYPEŁNIĆ TYLKO NIEZBĘDNE DANE POTRZEBNE DO IDENTYFIKACJI W ZBIORACH**

Imię: .....

PESEL: .....

Nazwisko: .....

Adres: .....

Email/telefon: .....

Dodatkowe informacje umożliwiające identyfikację osoby w zbiorach Administratora Danych:

**PROSZĘ WPISAĆ INNE INFORMACJE, KTÓRE UŁATWIĄ IDENTYFIKACJĘ W DANYM ZBIORZE, NP. DATA URODZENIA,**

Uzasadnienie wniosku:

**PROSZĘ PONIŻEJ WPISAĆ, DLACZEGO WNOŚY PAŃSTWO O REALIZACJĘ TEGO PRAWA, NP. USTAŁ CEL PRZETWARZANIA, DANE PRZETWARZANO NIEZGODNIE Z PRAWEM, W CELU POSTĘPOWANIA SĄDOWEGO, W CELU SPRAWDZENIA CZY ADMINISTRATOR DANYCH POSIADA AKTUALNE DANE KONTAKTOWE**

Wnioskowany sposób odbioru:  Osobiście w siedzibie Administratora Danych

Listownie na adres: .....

**PROSZĘ WPISAĆ INNY SPOSÓB ODBIORU,**

Załączam pełnomocnictwo do odbioru danych: ...

Inny załącznik: **PROSZĘ WPISAĆ NAZWĘ ZAŁĄCZNIKA, KTÓRY WYSYŁAJĄ PAŃSTWO**

**CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY**

**RAZEM Z WNIOSKIEM, NP. PEŁNOMOCNITWO**

Szanowni Państwo:

1. Prosimy o wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Informujemy, że Państwa dane nie będą przetwarzane w żadnych innych celach poza realizacją składanego przez Państwa niniejszego wniosku, a w przypadku braku danych w zbiorach, nie zostaną utrwalone.
3. Administrator Danych ma prawo odmówić przekazania danych lub zmienić formę odbioru w sytuacji, kiedy nie jest w stanie prawidłowo zidentyfikować osoby wnioskującej.
4. W sytuacji, kiedy żądania osoby zostaną uznane za nadmierne lub nieuzasadnione, Administrator Danych może pobrać opłatę stosowną do kosztów udzielenia odpowiedzi, informując wcześniej osobę wnioskującą o wysokości opłaty.
5. Szczegółowe informacje na temat udzielania odpowiedzi można uzyskać na stronie Administratora Danych.