



Miejscowość:

Data:

WNIOSEK OSOBY FIZYCZNEJ O REALIZACJĘ PRAWA

(Ustawa z dnia 14 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych przetwarzanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości)

(wniosek przyjmujemy osobiście lub pocztą tradycyjną)

Wypełnia Administrator Danych:

Numer wniosku:

Oznaczenie podmiotu, do którego składany jest wniosek:

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

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

Data wpływu:

Niniejszym wnioskiem, wyrażam chęć skorzystania z przewidzianego przepisami

rozdziału 4 Ustawy z dnia 14 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych przetwarzanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości prawa do:

uzyskania informacji (art.22, ust. 4), czy są przetwarzane dane osoby, której dane dotyczą a w sytuacji ich przetwarzania, do informacji o:

- Celu i podstawie prawnej przetwarzania danych
- Kategoriach danych i danych, które są przetwarzane
- Odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane zostały ujawnione
- Okresie przechowywania lub jego kryteriach obliczania
- Źródle pochodzenia danych

skorzystanie z praw (artykuł 22 ust. 4, pkt 6) do:

- dostępu do informacji o przetwarzaniu danych
- sprostowania danych
 - Proszę podać dane do aktualizacji: (np. dane kontaktowe, nazwisko, itp.)
- usunięcia danych
- ograniczenia przetwarzania
 - Proszę podać powód ograniczenia przetwarzania:

Rozumiem, że na potrzeby rozpatrzenia wniosku i jego dalszej realizacji może być wymagane podanie dodatkowych danych mnie identyfikujących.

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.