**WNIOSEK O UDZIELENIE INFORMACJI W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI W GNIEŹNIE**

**Dane Wnioskodawcy** *(osoby, której dane dotyczą)*

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………….

Numer telefonu: …………………………………………………………………….

E-mail: ……………………………………………………………………………………

Zgodnie z Rozporządzeniem 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), dalej RODO: na podstawie art. 15 RODO zwracam się z prośbą o: *(zaznacz właściwe pola)*

potwierdzenie, czy moje dane są przetwarzane

informację o celach przetwarzania moich danych osobowych

informację o kategoriach przetwarzanych danych osobowych

informację o odbiorcach lub kategoriach odbiorców moich danych osobowych

informację o przewidywanym okresie przechowywania moich danych osobowych

informację w zakresie prawa do sprostowania, usunięcia, ograniczenia lub sprzeciwienia się przetwarzaniu moich danych osobowych

informację w zakresie prawa do złożenia skargi do organu nadzorczego

informację o źródle pozyskania moich danych osobowych, jeżeli dane osobowe nie zostały zebrane od osoby wnioskującej,

informację czy moje dane osobowe wykorzystywane są w zautomatyzowanym procesie podejmowania decyzji, w tym o profilowaniu, a jeśli tak, to proszę o wskazanie jego zasad i konsekwencji dla mnie

Przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie skuteczny dopiero po zweryfikowaniu mojej tożsamości.

………………………………………….. …………………………………………..  
 *Data i miejscowość* *Podpis*

*Wypełnia Administrator Danych*

Tożsamość Wnioskodawcy została zweryfikowana pozytywnie

…………………………………………………………… *Data i podpis osoby uprawnionej przez Administratora*