

Către

.....(se menționează instituția)

..... (adresa)

Subsemnatul/Subsemnata.....(numele și prenumele) cu domiciliul/reședința în..... str. nr. bl. sc. ap. telefon, (opțional) adresa de e-mail....., în temeiul art. 13 din *Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*, vă rog să-mi comunicați dacă datele cu caracter personal care mă privesc¹ au fost prelucrate sau nu în cadrul instituției dumneavoastră.

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți măsurile legale pentru a primi informațiile solicitate în baza Legii nr. 677/2001 la următoarea adresă..... (opțional) la următoarea adresa de poștă electronică..... (opțional).

(opțional)² Doresc ca datele solicitate să-mi fie comunicate prin intermediul cadrului medical.....³

DATA

SEMNĂTURA

¹ Se enumeră datele cu caracter personal vizate.

² În cazul datelor cu caracter personal legate de starea de sănătate.

³ Se vor menționa datele de identificare ale cadrului medical.