

Главному врачу ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ
У.Ф. Шарипову

от _____

(фамилия, имя, отчество заявителя)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(сведения, подтверждающие участие заявителя
в отношениях с ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ)

**Заявление о предоставлении сведений
об обработке персональных данных**

Прошу предоставить мне для ознакомления информацию, касающуюся обработки моих персональных данных, в том числе:

- подтверждение факта обработки персональных данных Оператором;
- правовые основания и цели обработки персональных данных;
- применяемые способы обработки персональных данных;
- сведения о лицах, имеющих доступ к моим персональным данным;
- обрабатываемые персональные данные, относящиеся ко мне, источник их получения;
- сроки обработки персональных данных, в том числе сроки хранения;
- порядок осуществления субъектом персональных данных прав, предусмотренных Законом о персональных данных;
- иные сведения, предусмотренные ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

«__» _____ 20__ г.

Подпись: _____ / _____