

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 об отзыве согласия
на обработку персональных данных**

Настоящим отзываю своё согласие на обработку моих персональных данных, ранее предоставленное ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ.

Прошу прекратить обработку и уничтожить мои персональные данные в срок, установленный Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В случае неисполнения настоящего требования в установленные законом сроки оставляю за собой право обратиться с жалобой в Роскомнадзор.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись: _____ / _____