

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 уточнении (блокировании, уничтожении)
персональных данных**

Прошу уточнить/блокировать/уничтожить (нужное подчеркнуть)
следующие мои персональные данные: _____

_____ в связи с тем, что персональные данные являются:
неполными / устаревшими / неточными / незаконно полученными / не
являются необходимыми для заявленной цели обработки (нужное подчеркнуть).

Обоснование: _____

«__» _____ 20__ г.

Подпись: _____ / _____