



3. Cerere pentru exercitarea dreptului de ștergere

MODEL

Către

SPITALUL OBSTETRICĂ GINECOLOGIE PLOIESTI
Str. Mihai Bravu, nr. 116, Ploiesti, jud. Prahova

Subsemnatul/Subsemnata....., cu domiciliul/reședința în..... str. nr. bl. sc. ap..... telefon, adresa de e-mail....., în temeiul art. 17 din Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 *privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE* (Regulamentul general privind protecția datelor), vă rog să dispuneți măsurile legale pentru ca datele cu caracter personal care mă privesc (a se enumera datele cu caracter personal vizate) să fie șterse deoarece au fost (a se mentiona motivul).

Totodată, vă rog să fie notificați terții.....(a se preciza care sunt acestia in masura in care se cunoaste identitatea acestora) cărora le-au fost dezvăluite următoarele date cu caracter personal care mă privesc (a se enumera datele cu caracter personal vizate) faptul că acestea au fost șterse.

Anexez în original/copie următoarele documente pe care se întemeiază prezenta cerere:

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți ca informațiile privind măsurile dispuse potrivit solicitării formulate să-mi fie comunicate la următoarea adresă..... sau la următoarea adresa de poștă electronică.....

DATA:

SEMNĂTURA:

