



**1. Cerere pentru exercitarea dreptului de acces**

**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. 15 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-mi comunicați dacă datele cu caracter personal care mă privesc sunt prelucrate sau nu în cadrul entității dumneavoastră.

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți măsurile legale pentru a primi informațiile solicitate în baza Regulamentului (UE) 2016/679 la următoarea adresă..... sau la următoarea adresa de poștă electronică .....

**DATA,**

**SEMNATURA,**

