

CERERE PENTRU EXERCITAREA DREPTULUI DE OPOZIȚIE CU PRIVIRE LA DATELE CU CARACTER PERSONAL

Număr înregistrare :

Către,

CENTRU MEDICAL ASTECO

În temeiul art. 21 din Regulamentul nr. 679 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), prin îmi exercit dreptul de a mă opune ca datele care mă vizează să facă obiectul prelucrării de către **Centru Medical Asteco**

DOVADA IDENTITĂȚII SOLICITANTULUI:

Pentru a ne sprijini în a certifica identitatea dumneavoastră, cererea pe care o depuneți va fi însoțită de **copii ale documentelor de identitate** (CI/BI, pașaport). **Centru Medical Asteco** nu dezvăluie date cu caracter personal în situația în care nu se certifică identitatea solicitantului și/sau a persoanei vizate*.

În situația în care vă veți prezenta personal, identitatea va fi verificată de către **Centru Medical Asteco** în momentul depunerii cererii. În această situație nu sunteți obligat(ă) să depuneți copii ale documentelor de identitate.

* Termenul "persoana vizată" este utilizat pentru a desemna persoana fizică despre care se solicită informații prin prezenta.

1. DATE PRIVIND PERSOANA VIZATA PENTRU CARE SE SOLICITĂ INFORMAȚII:

Nume și prenume: CNP : Data și locul nașterii:
Adresa:
Telefon: E-mail:

2. SUNTEȚI PERSOANA VIZATĂ? (bifați în mod corespunzător)

☐ **DA:** dacă sunteți persoana vizată, vă rugăm să prezentați/anexați dovada identității (și completați punctul 4)

☐ **NU:** dacă depuneți cererea în numele persoanei vizate, în calitate de reprezentant legal, vă rugăm ca alături de documentele care atestă identitatea dumneavoastră, să prezentați/anexați și documente din care să rezulte reprezentarea legală, precum și dovada identității persoanei vizate și a consimțământului acesteia (și completați punctele 3 și 4)

3. DATE PRIVIND SOLICITANTUL (atunci când diferă de persoana vizata ale cărei date au fost înscrise la punctul 1):

Nume și prenume: Adresa:
Telefon: E-mail:

4. MĂ OPUN CA DATELE CARE MĂ VIZEAZĂ SĂ FACĂ OBIECTUL PRELUCRĂRII DE CĂTRE OPERATORUL CENTRU MEDICAL ASTECO

4.1 ☐ Din motive legate de situația particulară în care mă aflu, prelucrării în temeiul articolului 6 alineatul (1) litera (e), respectiv prelucrarea este necesară pentru îndeplinirea unei sarcini care servește unui interes public sau care rezultă din exercitarea autorității publice cu care este învestit operatorul, astfel:

Se vor detalia motivele legate de situația particulară în care se află persoana vizată

4.2 ☐ Din motive legate de situația particulară în care mă aflu, prelucrării în temeiul articolului 6 alineatul (1) litera (f), respectiv prelucrarea este necesară în scopul intereselor legitime urmărite de operator sau de o parte terță,

Se vor detalia motivele legate de situația particulară în care se află persoana vizată

4.3 ☐ Prelucrarea are drept scop marketingul direct

4.4 ☐ În susținerea cererii depun următoarele:

6. DATELE CU CARACTER PERSONAL ÎN PRIVINȚA CĂRORA SE EXERCITĂ DREPTUL DE OPOZIȚIE

Se vor detalia datele cu caracter personal:

6. SOLICIT COMUNICAREA RĂSPUNSULUI

- ☐ în format electronic, la următoarea adresă de e-mail
- ☐ prin poștă, la adresa:
- ☐ ridicare personală de la registratura **Centru Medical Asteco** .

7. DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE (se va completa de către fiecare solicitant):

Confirm faptul că toate informațiile furnizate de mine prin prezenta cerere sunt reale și corecte, iar datele enumerate la punctul 4 sunt unicele la care solicit accesul.

Am luat la cunoștință faptul că aceste informații vor fi utilizate exclusiv în scopul soluționării cererii mele privind exercitarea dreptului de opoziție cu privire la datele cu caracter personal.

Am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit căruia declararea necorespunzătoare a adevărului, constituie infracțiune de fals în declarații, precum și ale art. 327 din Codul Penal, potrivit căruia prezentarea sub o identitate falsă sau atribuirea unei asemenea identități reprezintă fals privind identitatea.

Înțeleg că **Centru Medical Asteco** trebuie să confirme identitatea persoanei vizate și, după caz, a reprezentantului acesteia și că, în scopul identificării datelor personale în privința cărora îmi exercit dreptul de opoziție, ar putea fi necesar să furnizez ulterior informații suplimentare.

Înțeleg că termenul de răspuns se va calcula din momentul în care vor fi îndeplinite condițiile de mai sus.

Am luat la cunoștință faptul că lipsa/omisiunea furnizării de răspunsuri exacte la toate întrebările din prezenta cerere sau necompletarea corectă a acestora atrage după sine imposibilitatea soluționării cererii de opoziție.

SEMNĂTURA:

DATA:

.....

.....