

CERERE PENTRU EXERCITAREA DREPTULUI LA PORTABILITATEA DATELOR

Către,

SANATORIUL DE NEUROPSIHIATRIE PODRIGA

Subsemnatul/Subsemnata _____ (numele și prenumele) cu domiciliul/reședința în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul/sectorul _____, adresa de e-mail _____, în temeiul art. 20 din *Regulamentul (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 îmi comunicați dacă datele cu caracter personal care mă privesc:

_____¹, au fost prelucrate sau nu în cadrul instituției dumneavoastră.

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți măsurile legale pentru a primi informațiile solicitate în baza prevederilor *Regulamentului general privind protecția datelor* la următoarea adresă de poștă electronică: _____.

Data,

Semnătura,

¹ Se enumeră datele cu caracter personal vizate.