

**CERERE PENTRU EXERCITAREA  
DREPTULUI LA ȘTERGEREA DATELOR  
(„DREPTUL DE A FI UITAT”)**

**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. 17 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 dispuneți măsurile pentru ștergerea datelor personale care mă privesc: \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, din următoarele motive: \_\_\_\_\_<sup>2</sup>.

Făță de cele de mai sus, vă rog să dispuneți ca informațiile privind măsurile luate potrivit solicitării formulate să-mi fie comunicate la adresa de poștă electronică: \_\_\_\_\_.

Data,

Semnătura,

<sup>1</sup> Se enumeră datele cu caracter personal vizate.

<sup>2</sup> Se enumeră motivele întemeiate și legitime legate de situația sa particulară.