

ΑΙΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/- ούσα _____ ,

του _____ , κάτοικος _____ , οδός _____ ,

κάτοχος του υπ' αρ. ΔΑΤ/ΑΤ _____, δια της παρούσας αιτούμαι:

Χορήγηση Αντιγράφου Ιατρικού Φακέλου

Σύμφωνα με το άρθρο 15 του Γενικού Κανονισμού (ΕΕ 2016/679) για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων, επιθυμώ να λάβω αντίγραφο του ιατρικού μου φακέλου/ των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων που διενήργησα στο Ιατρείο σας και ειδικότερα

Αίτημα Διόρθωσης Δεδομένων

Σύμφωνα με το άρθρο 16 του Γενικού Κανονισμού (ΕΕ 2016/679) για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων, αιτούμαι, όπως προβείτε σε διόρθωση των ανακριβών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που τηρείτε και ειδικότερα

Αίτημα Διαγραφής Δεδομένων

Σύμφωνα με το άρθρο 16 του Γενικού Κανονισμού (ΕΕ 2016/679) για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων, επιθυμώ να προβείτε στη διαγραφή των ακόλουθων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που τηρείτε _____

Αναγνωρίζω δε ρητώς ότι το παρόν αίτημα μου θα ικανοποιηθεί μετά την πάροδο της νόμιμης υποχρεωτικής διάρκειας διατήρησης ιατρικών αρχείων.

Αίτημα Περιορισμού Επεξεργασίας Δεδομένων

Σύμφωνα με το άρθρο 18 του Γενικού Κανονισμού (ΕΕ 2016/679) για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων, αιτούμαι όπως προβείτε στον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων μου για τον ακόλουθο λόγο: _____

Αίτημα Εναντίωσης στην Επεξεργασία Δεδομένων

Σύμφωνα με το άρθρο 21 του Γενικού Κανονισμού (ΕΕ 2016/679) για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων, δεν επιθυμώ την περαιτέρω επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για σκοπούς

Αίτημα Φορητότητας Δεδομένων

Σύμφωνα με το άρθρο 20 του Γενικού Κανονισμού (ΕΕ 2016/679) για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων, επιθυμώ να:

- Μου παράσχετε το σύνολο των προσωπικών μου δεδομένων που τηρείτε στο αρχείο σας σε δομημένο, κοινώς χρησιμοποιούμενο και αναγνώσιμο από μηχανήματα μορφότυπο και/ή

- Μεταβιβάσετε το σύνολο των προσωπικών μου δεδομένων που τηρείτε στο αρχείο σας στο _____,

σε περίπτωση που είναι τεχνικά εφικτό.

Τόπος / Ημερομηνία: _____

Όνοματεπώνυμο / Υπογραφή: _____