ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Форма запроса субъекта персональных данных, в случае выявления недостоверных персональных данных

|  | Главному врачу ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» | |
| --- | --- | --- |
|  | Д.В. Штаневу | |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О., номер основного документа, удостоверяющего личность | |
|  |  |  |
|  | субъекта или его законного представителя, сведения о дате выдачи | |
|  |  |  |
|  | указанного документа и выдавшем органе, | |
|  |  |  |
|  | адрес, контактные данные) | |

**З А П Р О С  
на уточнение/блокирование/уничтожение персональных данных, в связи с выявлением недостоверных персональных данных**

Прошу:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | уточнить |
|  |  |  |  |
|  |  |  | заблокировать |
|  |  |  |  |
|  |  |  | уничтожить |
|  |  |  |  |

мои персональные данные, обрабатываемые в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», в связи с выявлением следующих недостоверных сведений:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (перечислить) | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | (дата) |  | (подпись) |  | (расшифровка) |  |

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

Форма запроса субъекта персональных данных, в случае выявления недостоверных персональных данных

|  | Главному врачу ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» | |
| --- | --- | --- |
|  | Д.В. Штаневу | |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О., номер основного документа, удостоверяющего личность | |
|  |  |  |
|  | субъекта или его законного представителя, сведения о дате выдачи | |
|  |  |  |
|  | указанного документа и выдавшем органе, | |
|  |  |  |
|  | адрес, контактные данные) | |

**З А П Р О С  
на прекращение обработки персональных данных**

Прошу прекратить обработку моих персональных данных в связи с:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (описать причину) | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | (дата) |  | (подпись) |  | (расшифровка) |  |

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

Форма запроса субъекта персональных данных на предоставление доступа к своим персональным данным

|  | Главному врачу ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» | |
| --- | --- | --- |
|  | Д.В. Штаневу | |
|  | от |  |
|  | (Ф.И.О., номер основного документа, удостоверяющего личность | |
|  |  |  |
|  | субъекта или его законного представителя, сведения о дате выдачи | |
|  |  |  |
|  | указанного документа и выдавшем органе, | |
|  |  |  |
|  | адрес, контактные данные) | |

**З А П Р О С  
на получение доступа к персональным данным**

Прошу предоставить мне для ознакомления следующую информацию (в том числе документы), составляющую мои персональные данные:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (описать причину) | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | (дата) |  | (подпись) |  | (расшифровка) |  |