

**Cerere pentru exercitarea dreptului la opoziție privind prelucrarea datelor cu caracter personal**

**Către Către Spitalul Clinic de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială "Prof. Dr. Dan Theodorescu"**

**Calea Plevnei, nr. 17-21, sector 1, București, România**

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_ (numele și prenumele), cu domiciliul/reședința în \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_, (opțional) adresa de e-mail \_\_\_\_\_,

în calitate de persoana vizată

în calitate de reprezentant al persoanei vizate, dl./dna. \_\_\_\_\_

În temeiul art. 21 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 (RGDP),

va rog să dispuneți măsurile pentru a înceta prelucrarea următoarelor date cu caracter personal

\_\_\_\_\_

Ca urmare a apariției următoarelor motive întemeiate și legitime legate de situația mea particulară:

\_\_\_\_\_

Anexez în copie următoarele documente pe care se întemeiază prezenta cerere:

\_\_\_\_\_

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți ca informațiile privind măsurile dispuse potrivit solicitării formulate să-mi fie comunicate la:

la adresa menționată anterior;

la o altă adresă de corespondență, respectiv: \_\_\_\_\_;

la următoarea adresă de e-mail: . \_\_\_\_\_

ridicare personal de la sediul instituției.

Subsemnatul, \_\_\_\_\_, declar că sunt titularul prezentei cereri, că datele cu caracter personal pentru care am solicitat încetarea prelucrării îmi aparțin sau, după caz, sunt reprezentantul legal al persoanei vizate și confirm faptul că informațiile furnizate de mine prin această cerere sunt reale și corecte.

DATA:

SEMNĂTURA: