



**VIEŠOJI ĮSTAIGA
RESPUBLIKINĖ VILNIAUS UNIVERSITETINĖ LIGONINĖ**

(vardas, pavardė, asmens kodas)

(kontaktiniai duomenys: adresas, tel. Nr., el. pašto adresas)

(atstovo duomenys, jeigu taikoma)

**PRAŠYMAS
DĖL DUOMENŲ SUBJEKTO TEISIŲ ĮGYVENDINIMO VIEŠOJOJE ĮSTAIGOJE
RESPUBLIKINĖJE VILNIAUS UNIVERSITETINĖJE LIGONINĖJE**

(data)

1. Prašau įgyvendinti mano teisę (-es) (pažymėti ir pabraukti žemiau):

- susipažinti su viešojoje įstaigoje Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje tvarkomais mano asmens duomenimis;
- reikalauti ištaisyti mano asmens duomenis;
- reikalauti ištrinti mano asmens duomenis („teisė būti pamirštam“);
- apriboti mano asmens duomenų tvarkymą;
- nesutikti su mano asmens duomenų tvarkymu;
- perkelti mano asmens duomenis;
- reikalauti, kad nebūtų taikomas tik automatizuotu duomenų tvarkymu, įskaitant profiliavimą, grindžiamas sprendimas.

2. Papildoma informacija. Prašome pateikti, kiek įmanoma daugiau informacijos, kuri leistų tinkamai įgyvendinti Jūsų teisę (-es):

PRIDEDAMI DOKUMENTAI:

1. _____
2. _____
3. _____

(parašas)