

| | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|
| МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ | ФОРМА ЗА ИСКАНЕ НА ДАННИ НА СУБЕКТ | Версия 01 / 2018-05-08 г. |
|-----------------------------------|---|---------------------------|

Вие имате право да поискате личните данни, които поддържаме за вас. Това е известно като Заявка за Достъп до Данни на Субект (ЗДДС). Субектът на данните е физическо лице, което е обект на личните данни. Ако искате да направите ЗДДС, моля, попълнете този формуляр и се свържете с нас по пощата или по имейл. Имайте предвид, че ще бъдете поканени да се идентифицирате лично или посредством представител, за който е необходимо да попълните настоящия формуляр и да го заверите нотариално. След идентификацията Ви, ще можете да получите от нас исканата информация.

Ако изпращате по пощата, моля използвайте следния адрес:

Длъжностно Лице по Защита на Данните
МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов" № 15

Ако изпращате по имейл, моля, използвайте следния адрес: dro@mu-sofia.bg. Моля, напишете "Заявка за достъп до данни" в полето за тема на имейла.

| | |
|--|--|
| 1. Пълно име на Субекта на Данни | 2. Дата на раждане на Субект на Данни |
| | |
| 3. Настоящ адрес на Субекта на Данни | |
| | |
| 4. Телефонен номер на Субект на Данни | |
| Домашен телефонен No: | Мобилен телефонен No: |
| | |
| 5. Детайли за исканите данни: | |
| | |

6. За да ни помогнете при търсенето на необходимата Ви информация, моля, дайте ни колкото е възможно повече подробности (например копия на имейли между <дата> и <дата>). Ако не получим достатъчно информация, за да намерим данните, които желаете, може да не сме в състояние да изпълним искането Ви.

7. Информацията ще бъде изпратена на:

Субект на данни Представител на Субекта на данни

Ако данните трябва да се изпращат на представител, то секции 9 и 10 трябва да бъдат попълнени.

8. Потвърждавам, че съм Субекта на Данни.

Подпис: _____

Име: _____

Дата: _____

Информиран съм, че информация ще ми бъде дадена единствено след идентификацията ми на място с лична карта. Информирани съм, че при проверката копие на Личната ми карта **няма да** бъде правено/съхранявано от МУ-София.

9. (Да се попълни, ако на въпрос 7 е отговорено с "Представител на Субекта на данни") Субектът на данните (чиито данни се искат) трябва да даде нотариално заверено писмено разрешение за предоставяне на информацията на неговия/неговата упълномощен/а представител/ка.

С настоящото упълномощавам _____
/Име/

да иска достъп до личните ми данни.

Подпис на Субекта на данни: _____

Име на Субекта на данни: _____

10. (Да се попълни от представителя на Субекта на данни) Потвърждавам, че съм упълномощен представител на Субекта на данните.

Име на упълномощения представител и адрес, на който данните да бъдат изпратени:

Подпис: _____

Име: _____

Дата: _____

Ще направим всичко възможно, за да обработим заявката за достъп до субекта на данни възможно най-бързо, в рамките на 30 календарни дни. Ако обаче имате въпроси по време на обработката на молбата си, моля не се колебайте да се свържете с нас на този имейл адрес: dro@mu-sofia.bg или по пощата на гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, Длъжностно лице по защита на личните данни.