ДО …………………………………….

Адрес: ……………………….………..

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

ЗА ПРЕНОСИМОСТ НА ЛИЧНИ ДАННИ

Долуподписаният/ата ………………………………………………………………………..,

*(име по документ за самоличност)*

ЕГН………………….., ЛНЧ……………………….….

С постоянен адрес или адрес за кореспонденция:

……………………………………………………………………………………………………………На ................................... г., установих, че личните ми данни са обработвани от Вас като администратор на лични данни с цел ……………………………………………………………….

Бих желал/а да упражня правата си по Регламент (ЕС) 2016/679, Закона за защита на лични данни и вътрешните Ви правила като АЛД, за да получа документите, съдържащи мои лични данни, които ме засягат и които съм Ви предоставил/а в качеството Ви на администратор на лични данни, в структуриран, широко използван и пригоден за машинно четене формат.

Ако е технически възможно, желая и моля да извършите пряко прехвърляне на медицинската документация с личните ми данни към

………………………………………………………………………………………………………..

(*посочва се наименованието на другия администратор, адрес*)

**Приложение:**

1. ………………………………

2. ............................................

Дата:.................................... **ЗАЯВИТЕЛ**:…………….…………..

гр./с/ ……………………….                   (подпис)