

CERERE ACCES LA DOSAR PACIENT

În exercitarea dreptului garantat de Legea 677/2001, prin prezenta solicit să-mi confirmați faptul că datele care mă privesc sunt sau nu sunt prelucrate de Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova și să-mi comunicați, împreună cu confirmarea, cel puțin următoarele: informații referitoare la scopurile prelucrării și destinarii sau categoriile de destinatari cărora le sunt dezvăluite datele; datele care fac obiectul prelucrării, precum și oricare informații disponibile cu privire la originea datelor; informații privind existența dreptului de intervenție asupra datelor și a dreptului de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate.

DOVADA IDENTITĂȚII

Pentru a ne ajuta să certificăm identitatea dumneavoastră, cererea pe care o depuneți va fi însoțită de **copii ale documentelor de identitate și de stare civilă**(CI/ BI+certificat de naștere) Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova nu dezvăluie date personale în situația în care nu se certifică identitatea solicitantului și/sau a persoanei vizate.

Atragem atenția că termenul "Persoana Vizată" este folosit pentru a desemna persoana fizică, despre care se solicită informații prin prezenta cerere.

1. DATE PRIVIND PERSOANA CARE SOLICITĂ INFORMAȚII

Nume și prenume: _____

Data și locul nașterii _____

Adresa: _____

Tel. _____ E-mail _____

2. SUNTEȚI PERSOANA VIZATĂ? (vă rugăm bifați corespunzător) DA NU

DA: dacă sunteți persoana vizată vă rugăm să prezentați/ atașați dovada identității – *completați punctul 4*

NU: dacă depuneți cererea în numele persoanei vizate, în calitate de reprezentant legal, vă rugăm să prezentați/ atașați alături de dovada identității, documente din care să rezulte reprezentarea legală, precum și dovada identității persoanei vizate și a consimțământului acesteia – *completați punctele 3 și 4.*

3. DATE PRIVIND PERSOANA VIZATĂ (dacă diferă de cea de la punctul 1)

Nume și prenume: _____

Adresa: _____

Tel. _____ E-mail _____

4. DATELE LA CARE SOLICITAȚI ACCESUL SI SCOPUL UTILIZĂRII LOR

(petiționarul este rugat să enumere cât mai concret documentele sau informațiile solicitate și scopul utilizării acestora)

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate prin poștă, la adresa _____

DECLARAȚIE (se completează de către toți petiționarii)

Confirm faptul că informațiile furnizate de mine prin această cerere sunt reale și corecte, iar datele enumerate mai sus sunt singurele la care solicit accesul. Am luat la cunoștință că aceste informații vor fi utilizate numai în scopul soluționării cererii mele de acces la datele personale.

Precizez că am luat la cunoștință prevederile art. 292 din Codul Penal Român, potrivit cărora declarația necorespunzătoare adevărului constituie infracțiune de fals privind identitatea și declar pe proprie răspundere că nu am avut și nu am folosit alte nume și date de stare civilă în afara celor înscrise/atașate în/la prezenta cerere.

Am înțeles că Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova trebuie să confirme identitatea mea/ a persoanei vizate și că, în scopul localizării datelor personale corespunzătoare, ar putea fi necesar să furnizez ulterior informații mai detaliate. Am înțeles că perioada de răspuns de 30 zile se va calcula din momentul în care vor fi îndeplinite condițiile de mai sus.

Am luat la cunoștință faptul că lipsa răspunsurilor exacte la toate întrebările din formular sau necompletarea corectă a acestora face imposibilă obținerea informațiilor solicitate.

Atenție! Substituirea de persoană constituie infracțiune!

SEMNĂTURA

DATA