

Приложение N 3

к Положению о порядке рассмотрения
запросов субъектов персональных данных
и их представителей

ФОРМА

ЗАПРОС
субъекта персональных данных о наличии и ознакомлении
с персональными данными

Ректору СтГМУ
И.О. Фамилия

(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации или проживания)

(сведения о документе, удостоверяющем личность,
указать серию, номер, дату выдачи и выдавший
его орган)

(телефон)

(адрес электронной почты)

На основании

(номер, дата договора либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных)

в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России) проводилась (-тся) обработка персональных данных.

Руководствуясь ч. ч. 3 и 7 ст. 14, ст. 18, ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", прошу Вас предоставить мне следующую информацию, касающуюся обработки моих персональных данных:

(по существу с учетом ч. 7 ст. 14 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных")

Разъяснить порядок принятия решения на основании исключительно автоматизированной обработки моих персональных данных в ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России и возможные юридические последствия такого решения для меня как для субъекта персональных данных.

Разъяснить юридические последствия предоставления в ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России моих персональных данных.

Ответ на настоящий запрос прошу направить в письменной форме по вышеуказанному адресу в предусмотренный законом срок.

" ____ " _____ 20 ____ г. _____