**ΑΙΤΗΣΗ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ : | [Επωνυμία….]  [Δ/νση….] | ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ\* | ΗΜ.ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ\* |

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Όνοµα: |  | Επώνυµο: |  |
| Όνοµα Πατέρα: |  | Επώνυµο Πατέρα: |  |
| Α.Φ.Μ ή ΑΔΤ ή Αριθ. Διαβατηρίου ή άλλου επίσημου εγγράφου |  | Χώρα Έκδοσης Διαβατηρίου  ή άλλου επίσημου εγγράφου |  |
| Τηλ. επικοινωνίας |  |

Για την ικανοποίηση του δικαιώματος του περιορισμού στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων (στο εξής «δεδομένα»), σας δηλώνω ότι επιθυμώ τον περιορισμό της επεξεργασίας αυτών, δηλαδή εκτός της αποθήκευσης δεν θα πρέπει να τύχουν περαιτέρω επεξεργασίας :

□ έως ότου εξεταστεί η Αίτηση Εναντίωσης στην επεξεργασία που συνυποβάλλω

□ έως ότου εξεταστεί η Αίτηση Διαγραφής που συνυποβάλλω

□ για άλλο λόγο

|  |
| --- |
| **Παρακαλώ να μου αποστείλετε την απάντησή σας για την ικανοποίηση του αιτήματός μου :** |
| Ταχυδρομικώς στη Δ/νση :  Οδός……………………………….. Αρ. …………… Πόλη ……………………… Τ.Κ. …………….  Με αυτοπρόσωπη παρουσία μου στο Νοσοκομείο  Με e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση ……………………………….. |

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.

1. *Για την υποβολή και επεξεργασία της Αίτησης είναι υποχρεωτική η επισύναψη στην παρούσα αντιγράφου ταυτότητας ή άλλου νομίμου εγγράφου ταυτοποίησης.*
2. *Ο Διαχειριστής απαντάει στην Αίτησή σας δωρεάν και χωρίς καθυστέρηση και σε κάθε περίπτωση εντός (1) ενός μηνός από την ημερομηνία υποβολής της. Αν, όμως, το αίτημα σας είναι πολύπλοκο ή υπάρχει μεγάλος αριθμός αιτημάτων θα σας ενημερώσουμε εντός μηνός για την παράταση των δύο ακόμη μηνών που τυχόν θα απαιτηθούν για να σας απαντήσουμε.*
3. *Δηλώνω ότι ενημερώθηκα για την ύπαρξη δικαιώματος υποβολής αιτήματος προς εσάς για πρόσβαση, διόρθωση, διαγραφή ή περιορισμό στην επεξεργασία των δεδομένων μου, καθώς και το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.*
4. *Η Αίτηση και το αντίγραφο ταυτότητας τηρούνται για πέντε έτη από την παραλαβή τους.*
5. *Για την επεξεργασία του παρόντος αιτήματος, είναι πιθανό να διαβιβαστούν τα δηλωθέντα δεδομένα σας σε Εκτελούντες την Επεξεργασία για λογαριασμό του Διαχειριστή ή σε λοιπούς συνεργάτες.*

Ημερομηνία : …./…../20

Ο παραλαβών Υπάλληλος Ο-Η Αιτών-ούσα

Υπογραφή