

# ZAHTJEV ZA PRENOSIVOST OSOBNIH PODATAKA

KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE

Bolnička cesta 32

10090 Zagreb

ISPITANIK (PODNOŠITELJ ZAHTJEVA)

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_

Na temelju članka 20. Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) **zahtijevam prenošenje osobnih podataka i informacija koje se na mene odnose drugom voditelju obrade**, a koje obrađuje Klinika za psihijatriju Vrapče kao voditelj obrade.

Obrazloženje (uz navođenje informacija o novom voditelju obrade):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Identifikacija ispitanika izvršena je uvidom u: \_\_\_\_\_

*(osobni dokument koji sadrži podatke o ispitaniku i fotografiju – npr. osobna iskaznica)*

Vlastoručni potpis ispitanika: