

ZAHTJEV ZA PRISTUP OSOBNIM PODACIMA

KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE

Bolnička cesta 32

10090 Zagreb

ISPITANIK (PODNOŠITELJ ZAHTJEVA)

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Adresa: _____

Kontakt: _____

Na temelju članka 15. 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 pristup svojim sljedećim osobnim podacima** koje obrađuje Klinika za psihijatriju Vrapče kao voditelj obrade:

Identifikacija ispitanika izvršena je uvidom u: _____

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

Vlastoručni potpis ispitanika: