CERERE PERSOANA VIZATA

DE PRELUCRARE A DATELOR CU CARACTER PERSONAL

(***completarea tuturor câmpurilor este obligatorie***)

Subsemnatul/a ....., născut/ă la data de ....., în localitatea ....., domiciliat/ă în ....., str. ..... nr. ....., bloc ....., scara ….., etaj ....., apt. ....., sector/județ ....., posesor al BI/CI, seria ..... nr. ....., eliberat de ....., la data de .....,

Cod Numeric Personal:													
Telefon de contact													

În calitate de: (***se bifează o singură opțiune***)

☐ Titular

☐ Reprezentant legal* al titularului: Nume prenume ..... născut/ă la data de ....., în localitatea ....., domiciliat/ă în ....., str. ..... nr. ....., bloc ....., scara …., etaj ....., apart ...., sector/judet ....., posesor al BI/CI, seria ..... nr. ....., eliberat de ....., la data de .....,

Cod Numeric Personal:													

☐ Angajator

Denumire.....CUI.....
Nume, prenume reprezentant legal.....
Date contact:
- Adresă poștală
- E-mail .....
- Tel/fax .....

☐ Instituții/autorități

Denumire.....
Date contact:
- Adresă poștală
- E-mail .....
- Tel/fax .....

-Temeiul legal în baza căruia se solicită prelucrarea datelor cu caracter personal**.....

Prin prezenta solicit CASBZ furnizarea, pentru perioada ....., a următoarelor categorii de informații rezultate din prelucrarea datelor cu caracter personal (se bifează una sau mai multe opțiuni):

a. Istoric servicii medicale raportate
b. Istoric servicii medicale decontate
c. Istoric înscriere pe listele de capitație ale medicilor de familie
d. Istoric stagii de cotizare la FNUASS / perioade de asigurare
e. Istoric adeverințe de asigurat
f. Istoric adeverințe de înlocuire a cardului național de asigurări de sănătate
g. Istoric carduri naționale emise
h. Istoric CEASS / certificate provizorii de înlocuire a CEASS
i. Istoric formulare europene
j. Istoric decizii de procurare a dispozitivelor medicale
k. Istoric număr de zile servicii de îngrijiri medicale la domiciliu avizate de către CASBZ
l. Istoric număr de zile de concediu medical în cazul persoanelor fizice asigurate pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate,

Doresc să intru în posesia răspunsului (***se bifează o singură opțiune***):

☐ în format hârtie, la următoarea adresă de corespondență:

.....

.....

☐ în format hârtie, prin comunicarea telefonică a datei la care mă pot prezenta la CASMZ pentru ridicarea documentului

☐ în format electronic, arhivate cu parolă, la următoarea adresă de poștă electronică:

.....

Data .....

Semnătura.....

Prin această cerere îmi exprim consimțământul expres și neechivoc pentru prelucrarea datelor mele personale/datelor personale ale titularului, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679/2016 și cu reglementările interne în vigoare, declar pe proprie răspundere că informaţiile furnizate de mine prin această cerere sunt reale şi corecte, iar datele enumerate mai sus sunt singurele la care solicit accesul.

Am luat la cunoştinţă că:

- aceste informaţii vor fi utilizate numai în scopul soluţionării cererii mele de acces la datele personale.

- alegerea modalității de comunicare prin poştă electronică a informaţiilor solicitate este supusă, înafara ariei de responsabilitate a CASBZ în ceea ce privește asigurarea securității informatice, unor riscuri legate de interceptare, modificare, pierdere, distrugere, întârzieri în primirea datelor etc

*Sunt de acord cu colectarea fotocopiei după actul/actele de identitate, în vederea identificării neconformităților între datele înscrise pe cerere și datele cuprinse în acesta/acestea. (**Încercuiți DA sau NU)***

** atașez documentul doveditor al calității de reprezentant legal, care îmi conferă dreptul de a intra în posesia informațiilor rezultate în urma prelucrării datelor cu caracter personal ale titularilor: copie certificat naștere (TITULARI / procură / mandat / hotărâre judecătorească etc)*

*** se atașează consimțământul explicit al persoanei vizate, atunci când este cazul*