|  |  |
| --- | --- |
| Вие имате право да поискате личните данни, които поддържаме за вас. Това е известно като Заявка за Достъп до Данни на Субект (ЗДДС). Субектът на данните е физическо лице, което е обект на личните данни. Ако искате да направите ЗДДС, моля, попълнете този формуляр и се свържете с нас по пощата или по имейл. Имайте предвид, че ще бъдете поканени да се идентифицирате лично или посредством представител, за който е необходимо да попълните настоящия формуляр и да го заверите нотариално. След идентификацията Ви, ще можете да получите от нас исканата информация. | |
|
|
|
|
| Ако изпращате по пощата, моля използвайте следния адрес:  **Длъжностно Лице по Защита на Данните**  МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов" № 15 | |
|
|
|
|
|
|
| Ако изпращате по имейл, моля, използвайте следния адрес: [dpo@mu-sofia.bg](mailto:dpo@mu-sofia.bg). Моля, напишете "Заявка за достъп до данни" в полето за тема на имейла. | |
|
|
| **1. Пълно име на Субекта на Данни** | **2. Дата на раждане на Субект на Данни** |
|  |  |
| **3. Настоящ адрес на Субекта на Данни** | |
|  | |
| **4. Телефонен номер на Субект на Данни** | |
| Домашен телефонен No: | Мобилен телефонен No: |
|  |  |
| **5. Детайли за исканите данни:** | |
|  | |
| **6. За да ни помогнете при търсенето на необходимата Ви информация, моля, дайте ни колкото е възможно повече подробности (например копия на имейли между <дата> и <дата>). Ако не получим достатъчно информация, за да намерим данните, които желаете, може да не сме в състояние да изпълним искането Ви.** | |
|  | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| **7. Информацията ще бъде изпратена на:** | |
| Субект на данни ☐ Представител на Субекта на данни ☐  Ако данните трябва да се изпращат на представител, то секции 9 и 10 трябва да бъдат попълнени. | |
| **8. Потвърждавам, че съм Субекта на Данни.** | |
| Подпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Име: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Информиран съм, че информация ще ми бъде дадена единствено след идентификацията ми на място с лична карта. Информиран съм, че при проверката копие на Личната ми карта **няма да** бъде правено/съхранявано от МУ-София. | |
|
|
|
|
|
|
|
| **9. (Да се попълни, ако на въпрос 7 е отговорено с "Представител на Субекта на данни") Субектът на данните (чиито данни се искат) трябва да даде нотариално заверено писмено разрешение за предоставяне на информацията на неговия/неговата упълномощен/а представител/ка.** | |
| С настоящото упълномощавам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Име/  да иска достъп до личните ми данни.  Подпис на Субекта на данни:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Име на Субекта на данни: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| **10. (Да се попълни от представителя на Субекта на данни) Потвърждавам, че съм упълномощен представител на Субекта на данните.** | |
| Име на упълномощения представител и адрес, на който данните да бъдат изпратени:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Име: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|
|
|
|
| Ще направим всичко възможно, за да обработим заявката за достъп до субекта на данни възможно най-бързо, в рамките на 30 календарни дни. Ако обаче имате въпроси по време на обработката на молбата си, моля не се колебайте да се свържете с нас на този имейл адрес: [dpo@mu-sofia.bg](mailto:dpo@mu-sofia.bg) или по пощата на гр. София 1431, бул. „Акад. Иван Гешов" № 15, МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ, Длъжностно лице по защита на личните данни. | |
|
|
|
|