

PATVIRTINTA

**Valstybinės teismo psichiatrijos tarnybos prie
Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus
2018 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. 12P-36**

(fizinio asmens arba įgalioto asmens vardas ir pavardė)

(asmens kodas)

(nuolatinės gyvenamosios vietos adresas, el. pašto adresas)

Valstybinei teismo psichiatrijos tarnybai prie
Sveikatos apsaugos ministerijos

**PRAŠYMAS
DĖL SUSIPAŽINIMO SU TURIMAIS ASMENS DUOMENIMIS**

20..... m.d., Nr.
Vilnius

Prašau:

- patvirtinti ar tvarkote duomenis apie mane;
- pateikti man visą Jūsų turimą informaciją apie mane;
- nurodyti duomenų tvarkymo tikslus;
- nurodyti duomenų gavėjų kategorijas / duomenų gavėjus, kuriems buvo ar bus atskleisti mano duomenys (tinkamą pabraukti);
- jei įmanoma, nurodyti numatytą mano duomenų saugojimo laikotarpį;
- nurodyti iš kur gavote duomenis apie mane;
- nurodyti ar priimate automatinius sprendimus ar profiliojate mane, tvarkydami mano asmens duomenis;
- nurodyti mano teises.

Informaciją pageidauju gauti:

registruotu paštu;

elektroniniu paštu: _____.

PRIDEDAMA:

1. Dokumentai, susiję su prašymu, ____ lapas (-ai; -ų).

2. Atstovavimą patvirtinantis dokumentas (jeigu prašymą / skundą pateikia asmens atstovas), ____ lapas (-ai).
