

**ZAHTJEV ZA BRISANJE OSOBNIH PODATAKA**

Podaci Ispitanika:

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

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

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

Temeljem članka 17. Opće uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća od 27. travnja 2016. godine o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (u daljnjem tekstu: Opća uredba o zaštiti podataka), zahtijevam brisanje osobnih podataka i informacija koje se na mene odnose, a koje obrađuje Psihijatrijska bolnica Rab, kao voditelj obrade odnosno koje obrađuje izvršitelj obrade temeljem ugovora sklopljenog sa voditeljem obrade.

Obrazloženje zahtjeva:

---

---

---

Identifikacija ispitanika izvršena je uvidom u: \_\_\_\_\_ (koji osobni dokument npr. osobna iskaznica, putovnica i sl.)

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva \_\_\_\_\_ Vlastoručni potpis ispitanika \_\_\_\_\_

Za voditelja obrade zahtjev zaprimio \_\_\_\_\_

Napomena:

U slučaju da pristup osobnim podacima zahtjeva više aktivnosti i opsežno poduzimanje radnji, Psihijatrijska bolnica Rab zadržava pravo naplate troška ispitaniku za te provedene radnje.