Главному врачу
ГБУЗ «ГП № 26 г. Краснодара» МЗ КК

Е.А. Алексеенко

от _____
(Ф.И.О., номер основного документа, удостоверяющего личность

_____
субъекта или его законного представителя, сведения о дате

выдачи

_____
указанного документа и выдавшем органе, адрес,

_____
контактные данные)

ЗАЯВЛЕНИЕ
на уточнение/блокирование/уничтожение персональных данных, в связи с выявлением недостоверных или неправомерных действий с персональными данными

Прошу:

☐ уточнить

☐ заблокировать

☐ уничтожить

мои персональные данные, обрабатываемые в государственном бюджетном учреждении здравоохранения "Городская поликлиника № 26 города Краснодара" министерства здравоохранения Краснодарского края, в связи с выявлением следующих недостоверных сведений или неправомерных действий:

_____

_____
(перечислить)

_____ _____ _____
(дата) (подпись) (И.О. Фамилия)