

PATVIRTINTA  
VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės  
direktorius  
2019 m. sausio 29 d. įsakymu Nr. V-11

#### DUOMENŲ SUBJEKTO PAKLAUSIMO FORMA

ES Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas 2016/679 (toliau – Reglamentas) duomenų subjektui suteikia teisę žinoti apie savo asmens duomenų tvarkymą, teisę susipažinti su duomenų valdytojo tvarkomais jo asmens duomenimis, teisę reikalauti ištaisyti asmens duomenis, teisę reikalauti ištrinti asmens duomenis („teisė būti pamirštam“), teisę apriboti asmens duomenų tvarkymą, teisę nesutikti su asmens duomenų tvarkymu, teisę į asmens duomenų perkeliamumą.

Ši duomenų subjekto paklausimo forma yra skirta padėti VšĮ „Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė“, kaip duomenų valdytojai, surasti Jūsų asmens duomenis bei padėti Jums įgyvendinti savo, kaip duomenų subjekto, teises.

Jūsų prašoma informacija arba informacija apie veiksmus, kurių buvo imtasi gavus Jūsų prašymą, Jums bus pateikta arba veiksmai bus atlikti per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos. Šis laikotarpis prirėkus galės būti pratęstas ne ilgiau kaip dar 2 mėnesiams, atsižvelgiant į prašymo sudėtingumą ir gautų prašymų skaičių, tačiau tokiu atveju VšĮ „Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė“ apie termino pratęsimą bei pratęsimo priežastis informuos Jus per 1 mėnesį nuo Jūsų prašymo gavimo dienos.



\_\_\_\_\_ (duomenų subjekto vardas, pavardė)

**VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė**  
Kauno g. 7, 03215 Vilnius

#### DUOMENŲ SUBJEKTO PRAŠYMAS APRIBOTI DUOMENŲ TVARKYMĄ

\_\_\_\_\_ (data)

#### 1. Duomenų subjekto duomenys<sup>1</sup>

(žemiau prašome nurodyti savo asmens duomenis, kurie mums padės nustatyti Jūsų tapatybę bei pateikti prašomą informaciją ar susisiekti su Jumis)

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Vardas                       |  |
| Pavardė                      |  |
| Asmens kodas                 |  |
| Adresas korespondencijai     |  |
| Telefono Nr.                 |  |
| El. pašto adresas            |  |
| Duomenų subjekto kategorija: | <input type="checkbox"/> esamas darbuotojas; <input type="checkbox"/> buvęs darbuotojas; <input type="checkbox"/> kandidatas į darbo vietą; <input type="checkbox"/> kita;<br><input type="checkbox"/> pacientas; <input type="checkbox"/> buvęs pacientas; <input type="checkbox"/> rezidentas; <input type="checkbox"/> buvęs rezidentas; <input type="checkbox"/> praktikantas; |

#### 2. Duomenų subjekto atstovo duomenys

(žemiau prašome nurodyti duomenų subjekto atstovo duomenis, jeigu prašymą duomenų subjektas teikia per atstovą)

|   |   |
|---|---|
| Vardas  |   |
| Pavardė   |   |
| Adresas korespondencijai  |   |
| Telefono Nr.  |   |
| El. pašto adresas   |   |
| Atstovavimą pagrindžiantis dokumentas (pažymėti) ( <input type="checkbox"/> kopija) | <input type="checkbox"/> notarinis įgaliojimas; <input type="checkbox"/> atstovavimo sutartis; <input type="checkbox"/> vaiko gimimo liudijimas <sup>2</sup> ;<br><input type="checkbox"/> kitas dokumentas: _____; |

#### 3. Duomenų subjekto prašymas

##### Prašau apriboti mano asmens duomenų tvarkymą.

(prašome užpildyti žemiau esantį lauką, nurodant kokių Jūsų asmens duomenų tvarkymą norite apriboti)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### 3 punkte nurodytų mano asmens duomenų tvarkymą prašau apriboti dėl šių priežasčių:

(turi būti pažymėta bent viena iš žemiau nurodytų priežasčių)

aš užginčijau VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės tvarkomų mano asmens duomenų tikslumą, todėl mano asmens duomenų tvarkymas turi būti apribotas tokiam laikotarpiui, per kurį VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė gali patikrinti asmens duomenų tikslumą;

yra nustatyta, kad mano asmens duomenų tvarkymas yra neteisėtas, tačiau aš nesutinku, kad mano asmens duomenys būtų ištrinti ir vietoje to prašau apriboti mano asmens duomenų tvarkymą;

<sup>1</sup> Jei turite klausimų dėl duomenų subjekto prašymo pildymo, galite kreiptis į VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės duomenų apsaugos pareigūną el. paštu: [rolandas.maldunas@mmligonine.lt](mailto:rolandas.maldunas@mmligonine.lt) arba telefonu Nr. (8 686) 53199.

<sup>2</sup> Pateikiamas tuo atveju, jei prašymą teikia nepilnamečio vaiko tėvas / motina, kaip jo įstatyminis atstovas

- VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninei nebereikia mano asmens duomenų jų tvarkymo tikslais, tačiau jų reikia man siekiant pareikšti, vykdyti arba apginti teisinius reikalavimus;
- aš pateikiu prašymą VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninei, kuriame išreiškiu nesutikimą, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys, todėl mano asmens duomenų tvarkymas turi būti apribotas tokiam laikotarpiui, per kurį VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė patikrins, ar mano pateiktas prašymas yra pagrįstas;
- aš pateikiu prašymą VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninei ištrinti mano tvarkomus asmens duomenis ir buvo nustatyta, kad mano prašymas yra pagrįstas, tačiau nėra techninių galimybių mano asmens duomenis ištrinti nedelsiant, todėl mano asmens duomenų tvarkymas turi būti apribotas iki tol, kol mano asmens duomenys bus ištrinti.

**4. Atsakymo gavimo būdas<sup>3</sup>**

**Atsakymą pageidauju gauti:**

- registruotu paštu adresu: \_\_\_\_\_
- elektroniniu paštu adresu: \_\_\_\_\_
- atsimant asmeniškai

**5. Pateikiamas duomenų subjekto / jo atstovo tapatybę patvirtinantis dokumentas ( kopija)**

- asmens tapatybės kortelė;
- pasas;
- kitas dokumentas (nurodyti): \_\_\_\_\_

Pasirašydama (-as) patvirtinu, kad šiame prašyme pateikta informacija yra teisinga:

\_\_\_\_\_ (duomenų subjekto ar jo atstovo vardas, pavardė, parašas)

\*\*\*\*\*

**Pildo VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės duomenų apsaugos pareigūnas:**

|   |   |
|---|---|
| Prašymo gavimo data:  |   |
| Prašymo gavimo būdas:   | <input type="checkbox"/> įteiktas VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninei asmeniškai;<br><input type="checkbox"/> gautas el. paštu;<br><input type="checkbox"/> gautas paštu;  |
| Ar prašymas atitinka reikalavimus?  | <input type="checkbox"/> TAIP;<br><input type="checkbox"/> NE;  |
| Pateiktas asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas ( <input type="checkbox"/> kopija): | <input type="checkbox"/> asmens tapatybės kortelė;<br><input type="checkbox"/> pasas;<br><input type="checkbox"/> kitas dokumentas _____;   |
| Nustatyti prašymo trūkumai:   |   |
| Atsakymo pateikimo data:  |   |
| Atsakymo pateikimo būdas:   | <input type="checkbox"/> įteiktas asmeniškai;<br><input type="checkbox"/> išsiųstas elektroniniu paštu adresu: _____;<br><input type="checkbox"/> išsiųstas registruotu paštu adresu: _____;  |
| Atlikti veiksmai ir jų data:  | <input type="checkbox"/> apribotas nurodytų duomenų tvarkymas, duomenų tvarkymo apribojimo data: _____, duomenų tvarkymo apribojimo laikotarpis _____;<br><input type="checkbox"/> informuotas duomenų subjektas apie jo prašymu apribotą duomenų tvarkymą, data: _____;<br><input type="checkbox"/> informuoti duomenų gavėjai apie duomenų subjekto prašymu apribotą asmens duomenų tvarkymą, informavimo data: _____;<br><input type="checkbox"/> atsisakyta apriboti nurodytų asmens duomenų tvarkymą, nes tam nėra teisinio pagrindo arba nustatyti duomenų subjekto prašymo trūkumai; |
| Kita informacija:   |   |

\_\_\_\_\_ (VŠĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninės duomenų apsaugos pareigūno vardas, pavardė, parašas)

<sup>3</sup> Tuo atveju, jeigu pageidaujamo būdo atsakymui gauti nenurodysite, atsakymą į prašymą pateiksime tokia pačia forma, kokia gavome Jūsų prašymą. Jeigu dėl objektyvių priežasčių negalėsime atsakymo Jums pateikti Jūsų pasirinktu būdu, atsakymą pateiksime registruotu paštu Jūsų nurodytu korespondencijos adresu.