

**Запрос**  
на уточнение персональных данных

от, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_  
(вид документа)

№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(кем и когда)

Адрес: \_\_\_\_\_

Сведения, подтверждающие факт обработки персональных данных в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации:

\_\_\_\_\_

в соответствии с положениями статьями 14, 21 Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» прошу уточнить/ уничтожить мои персональные данные в связи с тем, что:

\_\_\_\_\_

(указать причину: персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются

\_\_\_\_\_

необходимыми для заявленной цели обработки; с персональными данными, совершаются неправомерные действия – указать какие)

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)