

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)