|  |  |
| --- | --- |
|   | Главному врачуЛиндерову А.Н.субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление на прекращение обработки персональных данных и (или) их удаления

В соответствии со [ст.1](tx.dll?d=456009&a=28#a28)3 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-З «О защите персональных данных» прошу прекратить обработку моих персональных данных и (или) их удаление.

Прошу в течение 15 рабочих дней после получения настоящего заявления уведомить меня о результатах рассмотрения данного заявления.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата) | (подпись)  | (Ф.И.О.) |