

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к Политике обработки  
персональных данных  
Государственного учреждения  
здравоохранения Ярославской  
области "Детская поликлиника  
№3"

Главному врачу медицинской  
организации  
ГУЗ ЯО "ДП №3"  
И.И. Комаровой

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 персональных данных**

Прошу:

- уточнить  
 заблокировать  
 уничтожить

мои персональные данные, обрабатываемые в ГУЗ ЯО "ДП №3", в связи с  
выявлением следующих недостоверных сведений:

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

(перечислить)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2  
к Политике обработки  
персональных данных  
Государственного учреждения  
здравоохранения Ярославской  
области "Детская поликлиника  
№3"

Главному врачу медицинской  
организации  
ГУЗ ЯО "ДП №3"  
И.И. Комаровой

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 прекращение обработки персональных данных**

Прошу прекратить обработку моих персональных данных в связи с:

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

(перечислить)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3  
к Политике обработки  
персональных данных  
Государственного учреждения  
здравоохранения Ярославской  
области "Детская поликлиника  
№3"

Главному врачу медицинской  
организации  
ГУЗ ЯО "ДП №3"  
И.И. Комаровой

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 получение доступа к персональным данным**

Прошу предоставить мне для ознакомления следующую информацию (в том числе документы), составляющую мои персональные данные:

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

(перечислить)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4  
к Политике обработки  
персональных данных ГУЗ ЯО  
"ДП №3"

Главному врачу медицинской  
организации ГУЗ ЯО "ДП №3"  
И.И. Комаровой

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  
об отзыве согласия на обработку персональных данных**

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

паспорт: \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_,  
(наименование органа, выдавшего паспорт)

отзываю согласие на обработку моих персональных данных, осуществляемую в  
целях:

\_\_\_\_\_ (цели обработки персональных данных, в отношении которых отзывается согласие)

по причине: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (причину отзыва согласия указывать необязательно)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5  
к Политике обработки  
персональных данных ГУЗ ЯО  
"ДП №3"

Главному врачу медицинской  
организации ГУЗ ЯО "ДП №3"  
И.И. Комаровой

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  
об отзыве согласия на обработку персональных данных  
от представителя субъекта персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество представителя субъекта персональных данных)

паспорт: \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего паспорт)

действую на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя субъекта персональных данных)

от имени \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

документ, удостоверяющий  
личность \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)

отзываю согласие на обработку персональных данных субъекта персональных  
данных, осуществляемую в целях:

\_\_\_\_\_ (цели обработки персональных данных, в отношении которых отзывается согласие)

по причине: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывать причину отзыва согласия необязательно)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)