1 priedas

|  |
| --- |
|  |
| (fizinio asmens vardas, pavardė) |
| (fizinio asmens gyvenamosios vietos adresas, telefonas, elektroninis paštas) |

Viešoji įstaiga Kauno miesto

greitosios medicinos pagalbos stočiai

**PRAŠYMAS**

**DĖL INFORMACIJOS APIE KAUNO GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS INFORMACINĖJE SISTEMOJE TVARKOMUS ASMENS DUOMENIS**

20\_\_ m.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_d.

Vilnius

|  |  |
| --- | --- |
| Prašau, vadovaujantis 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo, pateikti informaciją, kokie mano asmens duomenys yra tvarkomi Kauno greitosios medicinos pagalbos informacinėje sistemoje. |  |

**Parengtą dokumentą *(pažymėkite tinkamą langelį)*:**

☐ atsiimsiu asmeniškai viešosios įstaigos Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stoties \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_adresu;

☐ prašau išsiųsti paštu\*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

☐ prašau išsiųsti elektroniniu paštu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*\*Dokumento siuntimo paštu išlaidas apmokėsiu*.

**Pridedama** asmens tapatybės dokumento, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, patvirtinto

(dokumento pavadinimas)

teisės aktų nustatyta tvarka, kopija\*\*.

\*\* *Pildoma, kai prašymas siunčiamas paštu arba elektroniniu paštu*.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(parašas) | (vardas, pavardė)  |