

Приложение 3
к Положению о порядке реализации прав
субъектов персональных данных,
получения и хранения согласий на
обработку персональных данных,
утвержденному приказом главного врача
от 05.08.2026 №656

Главному врачу учреждения
здравоохранения «Могилёвская областная
клиническая больница»

(Фамилия, собственное имя, отчество (при наличии), дата
рождения)

(Адрес места жительства (пребывания))

Заявление субъекта персональных данных

В соответствии с частью первой пункта 1 статьи 11 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-З "О защите персональных данных" субъект персональных данных имеет право на получение информации, касающейся обработки своих персональных данных.

В связи с этим прошу в установленные законодательством сроки (5 рабочих дней после получения настоящего заявления) предоставить информацию, указанную в названной статье Закона.

(дата)

(подпись)

Приложение 4
к Положению о порядке реализации прав
субъектов персональных данных,
получения и хранения согласий на
обработку персональных данных,
утвержденному приказом главного врача
от 05.08.2026 №656

Главному врачу учреждения
здравоохранения «Могилёвская областная
клиническая больница»

(Фамилия, собственное имя, отчество (при наличии), дата
рождения)

(Адрес места жительства (пребывания))

Заявление на внесение изменений в свои персональные данные
В соответствии с п.4 ст.11 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 №
99-З «О защите персональных данных» прошу внести следующие изменения в
мои персональные данные:

(перечень изменений в персональные данные)

В этих целях представляю соответствующие документы:

(перечень документов, на основании которых вносятся изменения)

Прошу внести изменения в течение 15 рабочих дней после получения
настоящего заявления либо уведомить о причинах отказа во внесении таких
изменений.

Дата

(подпись)

(Ф.И.О.)

Приложение 5
к Положению о порядке реализации прав
субъектов персональных данных,
получения и хранения согласий на
обработку персональных данных,
утвержденному приказом главного врача
от 05.08.2026 №656

Главному врачу
учреждения здравоохранения
«Могилёвская областная клиническая
больница»

(Фамилия, собственное имя, отчество (при наличии),
дата рождения)

(Адрес места жительства (пребывания))

Заявление субъекта персональных данных

(Опишите, какие Ваши персональные данные и каким образом обрабатывает оператор).

В соответствии с частью первой пункта 1 статьи 13 Закона Республики Беларусь от 7 мая 2021 г. № 99-З «О защите персональных данных» субъект персональных данных имеет право требовать от оператора бесплатного прекращения обработки своих персональных данных, включая их удаление, при отсутствии оснований для обработки персональных данных, предусмотренных этим Законом и иными законодательными актами.

На основании изложенного прошу прекратить обработку моих персональных данных, а также осуществить их удаление, в том числе обеспечить прекращение обработки персональных данных и их удаление уполномоченным лицом (уполномоченными лицами).

При наличии правовых оснований для продолжения обработки моих персональных данных прошу указать ссылки на конкретные нормы актов законодательства, предусматривающие соответствующие действия.

(дата)

(подпись)

Приложение 6
к Положению о порядке реализации прав
субъектов персональных данных,
получения и хранения согласий на
обработку персональных данных,
утвержденному приказом главного врача
от 05.08.2026 №656

Главному врачу
учреждения здравоохранения
«Могилёвская областная клиническая
больница»

(Фамилия, собственное имя, отчество (при наличии),
дата рождения)

(Адрес места жительства (пребывания))

Заявление на отзыв согласия

В соответствии с ст.10 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-З
«О защите персональных данных» настоящим заявлением я 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)