**Miejscowość, data:** ……………………………..………………………………………..

**Czego dotyczy wniosek ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prawa dostępu do danych** | **Prawa do sprostowania danych** | **Prawa do usunięcia danych** |
| **Prawa do ograniczenia przetwarzania** | **Prawa do przenoszenia danych** | **Prawa do sprzeciwu** |

**Wniosek składany jest do: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Pasteura 1, 50 – 367 Wrocław.**

**Dane identyfikacyjne osoby:**

**Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Adres e-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Numer telefonu:…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Treść wniosku:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………