**CERERE**

**pentru exercitarea dreptului de ștergere a datelor (,,dreptul de a fi uitat’’)**

**Către,**

**Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului a Județului Satu Mare**

strada Corvinilor, nr. 18, Mun. Satu Mare, jud. Satu Mare, cod poștal: 440080

Subsemnatul/Subsemnata (numele și prenumele),.................................................................................... CNP.......................................................cu domiciliul/reședința în............................................................. comuna..................................,satul.....................................str...........................................................nr…..….bl........sc............ap...........,județul/sector...................................telefon..................................................în calitate de (persoană vizată, **reprezentant legal [[1]](#footnote-1),** etc)..........................................................................

În calitate de **reprezentant legal1** (curator/tutore), numit prin sentința judecătorească, nr.................................data............................., sau titularul răspunderii părintești asupra copilului, pentru persoana cu handicap (nume și prenume)......................................................................, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr...................,din data de.......................................emis de Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap Satu Mare, cu durata de valabilitate.......................................................termen de revizuire ............................................................, având CNP.............................................................................................................cu domiciliul/reședința în.................................comuna..................................,satul.....................................str...........................................................nr…..….bl........sc............ap...........,județul/sector.............................................................,în temeiul art. 17 din Regulamentul UE 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE, vă solicit ștergerea datelor cu caracter personal, pentru următorul motiv/ următoarele motive:

􀀀 datele cu caracter personal nu mai sunt necesare pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate sau prelucrate;

􀀀 persoana vizată își retrage consimțământul pe baza căruia are loc prelucrarea, în conformitate cu articolul 6 alin. (1) litera (a) sau cu articolul 9 alin. (2) litera (a), și nu există niciun alt temei juridic pentru desfășurarea operațiunilor de prelucrare a datelor cu caracter personal;

􀀀 persoana vizată se opune prelucrării, din motive legate de situația sa particulară și nu există alte motive legitime pentru desfășurarea operațiunilor de prelucrare a datelor cu caracter personal;

􀀀 datele cu caracter personal au fost prelucrate ilegal;

􀀀 datele cu caracter personal trebuie șterse pentru respectarea unei obligații legale care revine operatorului de date cu caracter personal în temeiul dreptului Uniunii sau al dreptului intern sub incidența căruia se află operatorul de date cu caracter personal;

\*\* Dacă există alt motiv/motive în conformitate cu prevederile legale, vă rugăm să bifați căsuța și să completați corespunzător, după caz;

􀀀 alte motive (în conformitate cu prevederile legale);…………………………………………………..

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Solicit ca răspunsul să îmi fie comunicat (se bifează opțiunea dorită):

􀀀 la o altă adresă de corespondență / domiciliu, respectiv: municipiul......................................., județul.................................................,localitatea..........................................,comuna...............................................,satul...................................,strada............................................,nr................................,bl...............,sc..............,et...............,ap...........

􀀀 la următoarea adresă de e-mail:..............................................................................................................

Menționez că am furnizat datele cu caracter personal cu ocazia (depunere dosar pentru încadrarea în grad și tip de handicap, depunere dosar pentru concursul de ocupare a unui post vacant/temporar vacant sau altele ).................................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................... în perioada.........................................., la serviciul/biroul/compartimentul.......................................................................................................................................................................................................................................................................................

Prin prezenta, declar că: **sunt de acord / nu sunt de acord** cu prelucrarea datelor cu caracter personal menționate în cerere, iar în acest sens: **îmi exprim/ nu îmi exprim** consimțământul.

**Data Semnătura**

1. Se va completa cu datele persoanei cu handicap [↑](#footnote-ref-1)