

## VYHLÁSENIE DOTKNUTEJ OSOBY K SPRÍSTUPNENIU ÚDAJOV

Titul, meno, priezvisko:

Bydlisko:

Ako dotknutá osoba v zmysle ustanovenia § 11 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení

- udeľujem<sup>1)</sup>  
 neudeľujem<sup>1)</sup>

písomne svoj výslovný súhlas Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky so sídlom Limbová 2, 837 52 Bratislava so sprístupnením mojich osobných údajov poskytnutých na účely výberu na obsadenie funkcie člena – zástupcu štátu štatutárneho orgánu (predstavenstva) spoločnosti ..... (ďalej len „účel spracúvania“), a to v rozsahu meno, priezvisko, titul a ich účel spracúvania príjemcovi – tretej osobe na základe jej písomnej žiadosti na účel informovania<sup>2)</sup>.

Tento súhlas udeľujem dobrovoľne na dobu, počas ktorej plynie účel spracúvania.

Zároveň vyhlasujem, že som bol poučený o možnosti udelený súhlas kedykoľvek odvolať zaslaním písomnej žiadosti na adresu: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, Osobný úrad, Limbová 2, 837 52 Bratislava a žiadať blokovanie osobných údajov z dôvodu odvolania súhlasu pred uplynutím času jeho platnosti, alebo likvidáciu osobných údajov, ak ich účel spracúvania skončil alebo došlo k porušeniu zákona.

V....., dňa .....

.....  
podpis dotknutej osoby

<sup>1)</sup> vyberte jednu z možností a označte krížikom

<sup>2)</sup> napr. v zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o slobode informácií) v znení neskorších predpisov