

## Cerere pentru exercitarea dreptului de ștergere

Catre,

### Colegiul Medicilor din Municipiul Bucuresti

Subsemnatul/Subsemnata.....(numele și prenumele) cu domiciliul/reședința în..... str. .... nr. .... bl. .... sc. .... ap. .... telefon ....., (opțional) adresa de e-mail....., în temeiul art. 17 din Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 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 (Regulamentul general privind protecția datelor), vă rog să dispuneți măsurile legale pentru ca datele cu caracter personal care mă privesc ..... să fie șterse, deoarece .....

Totodată, vă rog să fie notificați terții căroră le-au fost dezvăluite următoarele date cu caracter personal care mă privesc ....., faptul că acestea au fost șterse.

(dacă este cazul) Anexez în original/copie următoarele documente pe care se întemeiază prezenta cerere: .....

.....

Față de cele de mai sus, vă rog să dispuneți ca informațiile privind măsurile dispuse potrivit solicitării formulate să-mi fie comunicate la următoarea adresă..... (opțional) la următoarea adresa de poștă electronică..... (opțional).

DATA:

SEMNĂTURA: