

Duomenų subjektų teisių įgyvendinimo  
Kauno miesto savivaldybės visuomenės  
sveikatos biure tvarkos aprašo  
3 priedas

---

(Duomenų subjekto vardas, pavardė)

---

(Duomenų subjekto asmens kodas, adresas korespondencijai, telefono ryšio numeris ar elektroninio pašto adresas)

---

(Jei kreipiasi duomenų subjekto atstovas, nurodomas atstovo vardas, pavardė, adresas korespondencijai, telefono ryšio numeris ar elektroninio pašto adresas)

**PRAŠYMAS  
IŠTRINTI ASMENS DUOMENIS**

20\_\_ m. \_\_\_\_\_ mėn. \_\_ d.

Vadovaudamasi(s) 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamente (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas) įtvirtinta duomenų subjektų teise reikalauti ištrinti duomenis, prašau Kauno miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biurą ištrinti tvarkomus visus mano / mano atstovaujamo asmens duomenis arba šiuos mano / mano atstovaujamo asmens duomenis \_\_\_\_\_

---

Priežastis, dėl kurios prašoma ištrinti asmens duomenis \_\_\_\_\_

---

Informaciją apie mano / mano atstovaujamo asmens duomenų ištrynimą prašau pateikti

---

(nurodoma kokių būdu ir forma pageidaujama gauti informaciją)

**PRIDEDAMA:**

1. Asmens tapatybę patvirtinančio dokumento (paso arba asmens tapatybės kortelės) kopija<sup>1</sup>.
2. Dokumento, patvirtinančio atstovavimą, kopija<sup>2</sup>.

Duomenų subjektas / Duomenų subjekto atstovas \_\_\_\_\_

(vardas, pavardė, parašas)

---

<sup>1</sup> Notariškai patvirtinta asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija pateikiama, jeigu prašymas siunčiamas paštu arba teikiamas per atstovą. Jei prašymas pateikiamas elektroninių ryšių priemonėmis, prašymas pasirašomas elektroniniu parašu.

<sup>2</sup> Dokumento, patvirtinančio atstovavimą, kopija pateikiama, jei prašymą teikia duomenų subjekto atstovas.