



**Cerere privind accesul la datele personale prelucrate  
în temeiul prevederilor  
art. 15 din Regulamentul (UE) nr. 679/2016**

Subsemnatul / Subsemnata \_\_\_\_\_, student / angajat al structurii (Facultate / Direcție) \_\_\_\_\_ identificat cu CNP \_\_\_\_\_ doresc **să fiu informat cu privire la activitatea de prelucrare a datelor personale** de către de Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”.

De asemenea, **solicit/nu solicit** o copie<sup>i</sup> a acestora.

Menționez că doresc răspunsul dumneavoastră să îmi fie expediat la adresa de e-mail

\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

**Notă:**

- Cererea trebuie înregistrată la Registratura Universității (pentru angajați) sau Secretariatele Facultăților (pentru studenți)
- În momentul depunerii cererii vă rugăm să prezentați actul de identitate pentru a verifica exactitatea datelor înscrise.

<sup>i</sup> Datele dumneavoastră vor fi tipărite pe suport hârtie și se predă personal, sau dacă specificați adresa de e-mail această hârtie va fi scanată și atașată răspunsului dumneavoastră.