



***Cerere privind ”dreptul de a fi uitat”
în temeiul prevederilor
art. 17 din Regulamentul (UE) nr. 679/2016***

Subsemnatul / Subsemnata _____ , student / angajat al structurii (Facultate / Direcție) _____ identificat cu CNP _____ doresc ***ștergerea datelor personale*** deținute de Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, ca urmare ***a retragerii consimțământului*** / _____¹,
incepând cu data prezentei.

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

Data _____

Semnătura _____

¹ Se detaliază motivul pentru care se dorește ștergerea datelor.

În momentul depunerii cererii vă rugăm să prezentați actul de indentitate pentru verificarea exactității datelor înscrise.