Прилог 4.

**Образец за исправка, дополнување, измена на лични податоци**

Врз основа на Законот за заштита на личните податоци имте право да поднесете барање за исправка, дополнување на вашите лични податоци, кога истите се погрешни, нецелосни или настанала одредана промена. Врз основа на Законот за евиденции од областа на трудот, должни сте во рок од 15 дена да го информирате Стоматолошкиот факултет во Скоппје за промена на вашите лични податоци. Ве молиме користете го овој образец за да поднесете барање за исправка дополнување, изменана Вашите лични податоци.

Факултетот ќе ги преземе сите потребни чекори за ограничување на обработката на Вашите лични податоци - предмет на ова барање, до одлучување дали истите се точни или не, или до извршување на потребните промени и дополнувања.

Факултето Ќе одговори на Вашето барање веднаш без одолговлекување, а најдоцна во рок од 1 месец од денот на примање на барањето. По исклучок може да го продолжи рокот само во случај кога барањето е комплексно и бара повеќе напор за извршување. Во овој случај ќе Ви одговори во рок од 1 месец со образложение за продолжувањето на рокот. Рокот може да се продолжи дополнително за 1 месец.

По пополнување на образецот, Ве молиме да го испратите до *Офицерот за заштита на лични податоци.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Лични податоци** | |
| Име и презиме: |  |
| Телефонски број: |  |
| Е-маил: |  |
| **Податоци кои сакате да бидат исправени/дополнети** | |
| Ве молиме искористете го овој простор за да ги опишете, колку што е можно подетално, податоците кои сметате дека не се точни или целосни  Ве молиме користете го просторот подолу за да ги опишете, колку што е можно подетално, дополнувањата, односно исправката која сакате да се направи на Вашите податоци | |
| **Изјава на вработениот** | |
| Потврдувам дека бараната информација се однесува на мене лично. Свесен сум дека можеби ќе има потреба да доставам докази за потврдување на мојот идентитет. | |
| **Своерачен потпис:** |  |
| **Датум:** |  |