РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Министерство на здравеопазването
Регионална здравна инспекция – Стара Загора

УТВЪРДИЛ, ……/П/……
Д-Р НЕДЯЛКА КАБАДЖОВА
Директор на РЗИ – Стара Загора

ПРОЦЕДУРА ЗА УПРАЖНЯВАНЕ ПРАВАТА НА ФИЗИЧЕСКИ ЛИЦА В РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СТАРА ЗАГОРА

/съгласно Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 година относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни /Общ регламент относно защитата на данните/

ОБЕКТ

Обект на Процедурата е определяне на реда, компетентностите и отговорностите на служителите на РЗИ – Стара Загора при упражняване правата на физическите лица, във връзка с обработваните от инспекцията лични данни и информация, отнасящи се до тях.

ОБЛАСТ НА ПРИЛОЖЕНИЕ

Изискванията на Процедурата са задължителни за Длъжностното лице по защита на личните данни и длъжностните лица, представляващи точки за контакт с клиенти, контрагенти и служители на РЗИ – Стара Загора.

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

За целите на Процедурата се използват следните съкращения и определения:

- **ПУ** - Процедура по управление;
- **ДУ** - Документ по управление;
- **ДЛЗД** - Длъжностно лице по защита на личните данни;
- **Процедура по управление** - определен начин за изпълнение на дейност или процес, който може да бъде документиран или не документиран;
- **Документ по управление** - носител на информация /хартиен или магнитен/, който позволява предаване на намерения и съгласуваност на действията;
- **Документирана информация** - Документи, съдържащи достигнати резултати или предоставящ доказателства за извършени дейности;

- **Изискване** - потребност или очакване, което е заявено, обичайно предполагаемо или задължително и се отнася до присъщите характеристики на продукта;
- **Права на физическите лица** - гарантираните от Общия регламент за защита на данните (ОРЗД) права на физическите лица, във връзка с обработваните от Организацията и отнасящи се до тях лични данни и информация, съгласно чл. 4 от настоящата ПУ.
- **Надзорен орган по защита на данните** - Комисия за защита на личните данни (КЗЛД).

ПРАВИЛА ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ

1. Необходимостта за прилагане на ПУ възниква непосредствено от гарантираните от ОРЗД права на физическите лица:

- Право на достъп до отнасящите се до лицето лични данни и информация;
- Право на физическото лице да иска коригиране на неточни лични данни;
- Право на физическото лице да поиска ограничаване на обработката на отнасящи се до него лични данни;
- Право на физическото лице да иска изтриване на отнасящите се до него лични данни и информация, обработвани и съхранявани от Организацията (правото „Да бъдеш забравен”);
- Право на преносимост на личните данни (да бъдат предоставени на ФЛ в машинночетим формат и по начин посочен от лицето);
- Право на физическото лице да оттегли съгласието си за обработване на личните му данни;
- Право на физическото лице на възражение срещу обработването на негови лични данни;
- Право на физическото лице да подаде жалба срещу надзорния орган - КЗЛД.

2. Ред за предприемане и изпълнение на действията по ПУ:

- Утвърждаване на Заявление за достъп до информация при обработването на лични данни (по чл. 15 от *Регламент (ЕС) 2016/679*);
- Утвърждаване на Заявление за коригиране на лични данни (по чл. 16 от *Регламент (ЕС) 2016/679*);
- Утвърждаване на Заявление за изтриване на лични данни (по чл. 17 от *Регламент (ЕС)2016/679*);
- Утвърждаване на Заявление за ограничаване обработването на лични данни (по чл. 18 от *Регламент (ЕС)2016/679*);
- Утвърждаване на Заявление за преносимост на лични данни (по чл. 20 от Р*егламент (ЕС) 2016/679*);

- Утвърждаване на Заявление за възражение за обработване на лични данни (по чл. 21 от *Регламент (ЕС) 2016/679*);
- Определяне със заповед от Ръководството на длъжностите лица (пр. служители на Регистратура, служителите, отговарящи за електронната поща на Организацията и др.), които ще приемат попълнените от ФЛ бланки по предходната точка и инструктиране на същите, съгласно настоящата ПУ;
- Разпространение на Заявление за упражняване на правата на физическите лица (Приложение 1) до определените длъжностни лица и поставянето му на интернет страницата на Организацията в съответната секция, касаеща защитата на личните данни;

3. Подаване на Заявление за упражняване на правата на физическите лица:

- Заявления се подават лично от физическите лица, от други физически лица, упълномощени с пълномощно с нотариална заверка на подписа и съдържанието, дистанционно - съгласно изискванията на Закона за електронния документ и електронния подпис;
- Подаденото лично от ФЛ заявление за упражняване на правата на физическите лица се приема от длъжностните лица след удостоверяване самоличността на подателя, сверявайки текста с документа за самоличност, предоставен от подателя.

Забележка 1 - Не се допуска копиране на документа за самоличност!

Забележка 2 - При отказ за предоставяне на документ за самоличност и невъзможност да се удостовери самоличността на подателя, на същия се указват останалите начини за упражняване на неговите права, съответно ПУ!

4. Съобщаване на получените Заявления на ДЛЗД.

4.1. Действия на ДЛЗД:

- Полученото от длъжностните лица или по електронен път заявление за упражняване на правата на физическите лица се съобщават незабавно на ДЛЗД;
- ДЛЗД консултира полученото заявление за упражняване на правата на физическите лица и при констатирана необходимост от отстраняване на нередовности (пр. липсващи реквизити на формата), незабавно осъществява контакт с подателя и отстранява нередовностите;
- След консултиране на искането, ДЛЗД докладва същото на директора на РЗИ – Стара Загора и предлага необходимите по-нататъшни действия;

5. Действия на директора на РЗИ – Стара Загора:

- След докладване от страна на ДЛЗД по предходната точка от ПУ, директорът на РЗИ – Стара Загора разпорежда извършването на съответните действия по удовлетворяване на искането, респективно отказ да се удовлетвори същото;
- При необходимост от препращане на жалба на ФЛ до КЗЛД, същото се извършва от директора на РЗИ – Стара Загора, по предложение на ДЛЗД;

Забележка 3: Действията и препоръките на ДЛЗД по настоящата ПУ се документират и подписват от директора на РЗИ – Стара Загора. В случай на отказ на директора на РЗИ – Стара Загора да изпълни предписанията на ДЛЗД, същият се вписва в документа по предходното изречение.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Настоящата Процедура е разработена на основание Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 година относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни.

§ 2. Настоящата процедура подлежи на актуализация и допълване.

§ 3. Настоящата процедура влиза в сила от датата на утвърждаването ѝ със заповед на директора на РЗИ – Стара Загора.

Приложения:

1. Заявление за достъп до информация при обработването на лични данни (по чл. 15 от *Регламент (ЕС) 2016/679*) – Приложение № 1;
2. Заявление за коригиране на лични данни (по чл. 16 от *Регламент (ЕС) 2016/679*) - Приложение № 2;
3. Заявление за изтриване на лични данни (по чл. 17 от *Регламент (ЕС)2016/679*) - Приложение № 3;
4. Заявление за ограничаване обработването на лични данни (по чл. 18 от *Регламент (ЕС)2016/679*) - Приложение № 4;
5. Заявление за преносимост на лични данни (по чл. 20 от Р*егламент (ЕС) 2016/679*) - Приложение № 5;
6. Заявление за възражение за обработване на лични данни (по чл. 21 от *Регламент (ЕС) 2016/679*) - Приложение № 6;

ДО *Приложение № 1*
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ –
СТАРА ЗАГОРА

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА ДОСТЪП ДО ИНФОРМАЦИЯ ПРИ ОБРАБОТВАНЕТО НА ЛИЧНИ ДАННИ
(по чл. 15 от ***Регламент (ЕС) 2016/679***)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……,

телефон: ……., e-mail: ……..……

_____

□ **ПЪЛНОМОЩНИК** □ **РОДИТЕЛ** □ **НАСТОЙНИК**

(Моля отбележете вярното)

от

……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……,

телефон: ……., e-mail: ……..……

Пълномощно № ……..……. на нотариус …….…….. с

Рег.№ ……

Приложение: Пълномощно

_____

Заявявам желанието си да ми предоставите следната информация във връзка с обработването на личните ми данни от АДМИНИСТРАТОРА (на основание чл. 15 от ***Регламент (ЕС) 2016/679)***

(избраното се отбелязва с Х)

□Целите на обработването на личните данни.
□Категориите лични данни, които АДМИНИСТРАТОРА обработва.
□Получателите или категориите получатели, пред които са или ще бъдат разкрити личните ми данни.
□Сроковете за съхранение на личните ми данни или критериите за определяне на сроковете.

□Източниците на лични данни, когато данните са събирани от трети страни.
□Съществуването на автоматизирано вземане на решения.

Начин на получаване на отговора:

(избраното се отбелязва с Х)

□ На място в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Стара Загора
□ На e-mail: …….
□ По пощата на адрес: ……
……..

Известни са ми следните обстоятелства:

• В случай, че искането ми е повтарящо се във времето или неоснователно, АДМИНИСТРАТОРЪТ може да откаже да предприеме действия или да наложи съответната такса.

• Съгласието/съдействието на родител/настойник/попечител се изисква в случаи, когато се обработват лични данни на деца на възраст под 18 години.

<u>Декларация за поверителност</u>:

Вие предоставяте личните си данни за целите на обработване на настоящото заявление.

Вашите лични данни ще се съхраняват за срок от 12 месеца от АДМИНИСТРАТОРА след предоставянето на отговор на заявлението.

Дата:……. Подпис:……

гр. …… *(собствено и фамилно име)*

ДО *Приложение № 2*
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ –
СТАРА ЗАГОРА

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА КОРИГИРАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ
(по чл.16 от ***Регламент (ЕС) 2016/679***)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……,

телефон: ……., e-mail: ……..……

□ **ПЪЛНОМОЩНИК** □ **РОДИТЕЛ** □ **НАСТОЙНИК**

(Моля отбележете вярното)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……,

телефон: ……., e-mail: ……..……

Пълномощно № ……..……. на нотариус ……..…….. с

Рег.№ ……

Приложение: Пълномощно

Заявявам желанието си да коригирате следните лични данни, които се обработват за мен в качеството ми на физическо лице, от АДМИНИСТРАТОРА:

(избраното се отбелязва с Х)

□**Физическа идентичност** **Променени данни:**	ЕГН, имена, постоянен/настоящ адрес, месторождение, данни от документ за самоличност …… ……
□**Финансова идентичност** **Нови данни:**	Данни за банкови сметки, застраховки и др. …… ……
□**Контактна информация** **Нови данни:**	E-mail, телефони, адрес за кореспонденция …… ……

☐**Други данни:** ……

……..

Нови данни: ……

……

Приложения:

(избраното се отбелязва с Х)

☐ Копие на документ за промяна на ЕГН/имена.

☐ Нотариално заверено пълномощно.

Начин на получаване на отговора за предприетите действия по коригиране на личните данни: *(избраното се отбелязва с Х)*

☐ На място в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Стара Загора

☐ На e-mail: ……..

☐По пощата на адрес: .....……..

……..

Известни са ми следните обстоятелства:

• В случай, че искането за коригиране се отнася за лични данни, които АДМИНИСТРАТОРА обработва по силата на закон, договорни отношения или легитимен интерес е възможно АДМИНИСТРАТОРЪТ да изиска попълването на допълнителни формуляри и представяне на документи извън посочените като Приложения в този документ.

• В случай, че искането е повтарящо се във времето или неоснователно, АДМИНИСТРАТОРЪТ може да откаже да предприеме действия или да наложи съответната такса.

• Съгласие/съдействие на родител/настойник/попечител се изисква в случаи, когато се обработват лични данни на лица на възраст под 18 години.

Декларация за поверителност:

Вие предоставяте личните си данни за целите на обработване на настоящото заявление. Вашите лични данни ще се съхраняват за срок от 12 месеца от АДМИНИСТРАТОРА след предоставянето на отговор на заявлението.

Дата:……. Подпис:……

гр. …… *(собствено и фамилно име)*

ДО
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ –
СТАРА ЗАГОРА

Приложение № 3

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗТРИВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ

(по чл.17 от ***Регламент (ЕС)2016/679***)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……..,

телефон: ……., e-mail: ……..……

□ **ПЪЛНОМОЩНИК** □ **РОДИТЕЛ** □ **НАСТОЙНИК**

(Моля отбележете вярното)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……..,

телефон: ……., e-mail: ……..……

Пълномощно № ……..……. на нотариус ……..…….. с

Рег.№ ……

Приложение: Пълномощно

Заявявам желанието си да изтриете следните категории лични данни, които се обработват за мен в качеството ми на физическо лице или на лицето, което представлявам, от АДМИНИСТРАТОРА:

(избраното се отбелязва с Х)

□	**Лични данни относно Физическа идентичност**	ЕГН, име, постоянен/настоящ адрес, месторождение, данни от документ за самоличност
□	**Лични данни относно Финансова идентичност**	Данни за банкови сметки, застраховки и др.
□	**Лични данни относно здравния статус, работоспособността**	Пол, данни за здравословно състояние, работоспособност

☐	**Лични данни относно Семейна идентичност**	Семейно положение, родствени връзки, брой деца, възраст на децата и дата на раждане, адрес, трудова и учебна заетост на членовете на семейството
☐	**Контактна информация**	e-mail, телефони, адрес за кореспонденция
☐	**Други лични данни**	…… …… ……

Считам, че са налице следните основания за изтриване на личните ми данни (чл. 17 от Регламент (ЕС)2016/679):

(избраното се отбелязва с Х)

- ☐ Личните ми данни повече на са необходими за целите, за които са били събирани и обработвани.
- ☐ Оттеглих съгласието си, на което се основава обработването на данните и няма друго правно основание.
- ☐ Подадох възражение срещу обработването и няма друго правно основание.
- ☐ Личните ми данни са обработвани незаконосъобразно, като прилагам мотивирано становище.
- ☐ Личните ми данни трябва да бъдат изтрити с цел спазването на правно задължение по правото на ЕС или държава-членка.

Приложения:

(избраното се отбелязва с Х)

☐Копие на документ за оттеглено съгласие
☐Копие на възражение срещу обработването на личните данни
☐Мотивирано становище за незаконосъобразност на обработването
☐Нотариално заверено пълномощно

Начин на получаване на отговора за предприетите действия по коригиране на личните данни:

(избраното се отбелязва с Х)

☐ На място в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Стара Загора

☐ На e-mail-адрес: ……..……..

☐ По пощата на адрес: .....…….……...

Известни са ми следните обстоятелства:

• Искането ми за изтриване не се отнася за лични данни, които АДМИНИСТРАТОРЪТ е задължен да съхранява по силата на закон, договорни отношения или легитимен интерес.

• В случай, че искането е повтарящо се във времето или неоснователно, АДМИНИСТРАТОРЪТ може да откаже да предприеме действия или да наложи съответната такса.

• Съгласието/съдействието на родител/настойник/попечител се изисква в случаи, когато се обработват лични данни на лица на възраст под 18 години.

Декларация за поверителност:

Вие предоставяте личните си данни за целите на обработване на настоящото заявление.

Вашите лични данни ще се съхраняват за срок от 12 месеца от АДМИНИСТРАТОРА след предоставянето на отговор на заявлението Ви.

Дата:……. Подпис:……

гр. ……. *(собствено и фамилно име)*

ДО
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ –
СТАРА ЗАГОРА

Приложение № 4

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА ОГРАНИЧАВАНЕ ОБРАБОТВАНЕТО НА ЛИЧНИ ДАННИ
(по чл.18 от ***Регламент (ЕС)2016/679***)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……..,

телефон: ……., e-mail: ……..……

_____

□ **ПЪЛНОМОЩНИК** □ **РОДИТЕЛ** □ **НАСТОЙНИК**

(Моля отбележете вярното)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……..,

телефон: ……., e-mail: ……..……

Пълномощно № ……..……. на нотариус ……..…….. с

Рег.№ ……

Приложение: Пълномощно

_____

Заявявам желанието си да изтриете следните категории лични данни, които се обработват за мен в качеството ми на физическо лице, от АДМИНИСТРАТОРА:

(избраното се отбелязва с Х)

□ Оспорвам точността и актуалния вид на личните ми данни като прилагам мотивирано становище.

□ Обработването на личните ми данни е неправомерно като прилагам мотивирано становище.

□ Личните ми данни не са необходими на АДМИНИСТРАТОРА за целите на обработването, но са необходими за защита на правни претенции, като прилагам мотивирано становище.

□ Подадено е възражение срещу обработването като прилагам копие.

Приложения:

(избраното се отбелязва с Х)

☐ Мотивирано становище.

☐ Копие на възражение срещу обработването на личните данни.

☐ Нотариално заверено пълномощно.

Начин на получаване на отговора за предприетите действия по коригиране на личните данни:

(Избраното се отбелязва с Х)

☐ На място в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Стара Загора
☐ На e-mail: ……..…….……..

☐По пощата на адрес: .....…….…..……..

…….

Известни са ми следните обстоятелства:

• В случай, че искането е повтарящо се във времето или неоснователно, АДМИНИСТРАТОРЪТ може да откаже да предприеме действия или да наложи съответната такса.

• Съгласие/съдействие на родител/настойник/попечител се изисква в случаи, когато се обработват лични данни на лица на възраст под 18 години.

Декларация за поверителност:

Вие предоставяте личните си данни за целите на обработване на настоящото заявление.

Вашите лични данни ще се съхраняват за срок от 12 месеца от АДМИНИСТРАТОРА след предоставянето на отговор на заявлението.

.

Дата:……. Подпис:……

Гр. ……. *(собствено и фамилно име)*

ДО *Приложение № 5*
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ –
СТАРА ЗАГОРА

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА ПРЕНОСИМОСТ НА ЛИЧНИ ДАННИ
(по чл. 20 от ***Регламент (ЕС) 2016/679***)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……..,

телефон: ……., e-mail: ……..……

□ ПЪЛНОМОЩНИК **□ РОДИТЕЛ** **□ НАСТОЙНИК**

(Моля отбележете вярното)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……..,

телефон: ……., e-mail: ……..……

Пълномощно № ……..……. на нотариус …….…….. с

Рег.№ ……

Приложение: Пълномощно

Заявявам желанието си да получа личните си данни, които съм предоставил/а на АДМИНИСТРАТОРА, в структуриран, широко използван и пригоден за машинно четене формат, на основание чл. 20 от Регламент ***(ЕС) 2016/679***.

Начин на получаване на отговора:

(избраното се отбелязва с Х)

□ На място в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Стара Загора

□ На e-mail: …….

□По пощата на адрес: .....…….…….……..

…….

Известни са ми следните обстоятелства:

- АДМИНИСТРАТОРЪТ предоставя личните данни в електронен формат на посочения от Вас e-mail за кореспонденция, **лично,** на място в Централно управление на Национална агенция за приходите/Териториална дирекция на НАП гр…….или по пощата на посочения по-горе адрес за кореспонденция.

- АДМИНИСТРАТОРЪТ предоставя личните данни в подходящ електронен формат.

- АДМИНИСТРАТОРЪТ предоставя личните данни в електронен формат само когато обработването се извършва по автоматизиран начин.

- Съгласието/съдействието на родител/настойник/попечител се изисква в случаи, когато се обработват лични данни на лица на възраст под 18 години.

Декларация за поверителност:

Вие предоставяте личните си данни за целите на обработване на настоящото заявление.

Вашите лични данни ще се съхраняват за срок от 12 месеца от АДМИНИСТРАТОРА след предоставянето на отговор на заявлението.

Дата:……. Подпис: ……

Гр. …… *(собствено и фамилно име)*

ДО
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ –
СТАРА ЗАГОРА

Приложение № 6

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА
ВЪЗРАЖЕНИЕ ЗА ОБРАБОТВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ
(по чл. 21 от ***Регламент (ЕС) 2016/679***)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……,

телефон: ……., e-mail: ……..……

□ **ПЪЛНОМОЩНИК** □ **РОДИТЕЛ** □ **НАСТОЙНИК**

(Моля отбележете вярното)

от ……

(собствено и фамилно име)

ЕГН ……, адрес ……,

телефон: ……., e-mail: ……..……

Пълномощно № ……..……. на нотариус …….…….. с

Рег.№ ……

Приложение: Пълномощно

Възразявам срещу използването на личните ми данни от АДМИНИСТРАТОРА за целите на:

(моля опишете конкретните цели)

……

……..…..……

……

Начин на получаване на отговора по възражението:

(избраното се отбелязва с Х)

□ На място в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Стара Загора

□ По пощата на адрес: …….

……..

□ На e-mail:

…….

Регионална здравна инспекция – Стара Загора обработва и защитава личните Ви данни, съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД) и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.
Повече подробности за ангажиментите на Регионална здравна инспекция – Стара Загора в качеството ѝ на администратор на лични данни, можете да намерите в „Политика по защита на личните данни в Регионална здравна инспекция – Стара Загора“, публикувана на интернет адрес: https://rzi-starazagora.egov.bg/ или да се свържете с нас на имейл адрес rzisz@rzisz.org и телефон: 042 631009.

Известни са ми следните обстоятелства:

• В случай, че искането ми е повтарящо се във времето или неоснователно, АДМИНИСТРАТОРЪТ може да откаже да предприеме действия или да наложи съответната такса.

• Съгласието/съдействието на родител/настойник/попечител се изисква в случаи, когато се обработват лични данни на деца на възраст под 18 години.

Декларация за поверителност:

Вие предоставяте личните си данни за целите на обработване на настоящото заявление.

Вашите лични данни ще се съхраняват за срок от 12 месеца от АДМИНИСТРАТОРА след предоставянето на отговор на заявлението.

Дата: ……. Подпис: ……

Гр. ……. *(собствено и фамилно име)*