Вх. № ………………../………………..

**Искане за упражняване на правото на възражение**

|  |
| --- |
| **Данни за заявителя:** |
| Име и фамилия: | ЕГН:  |
| Електронен адрес (*попълването е задължителни при желание за електронна кореспонденция)*: | Адрес за кореспонденция: |
| Телефон за връзка: |

**\*** Информацията се използвана, за да бъдете надлежно идентифицирани и за да се свържем с Вас. Можем да поиска предоставянето на допълнителна информация, необходима за потвърждаване на Вашата самоличност и осигуряване на Вашите права, свързани с личните данни.

**Бих искал да упражня правото си на възражение във връзка с:**

[ ]  обработване на данни от видеонаблюдение “Тракийски университет”.

[ ]  друго (моля, уточнете в полето по-долу)

**Описание на искането**

*Моля да предоставите информация относно личните данни, които бихте искали да не бъдат обработвани от нас.*

**Бих искал/а да получа отговор на запитването:**

[ ]  на адреса за кореспонденция

[ ]  на електронния си адрес

**Дата:**  **Подпис на заявителя:**

*В срок от един месец от получаването на искането, ще Ви уведоми на посочения от Вас предпочитан адрес/електронен адрес за кореспонденция за действията, предприети във връзка с направеното запитване. В случай, че броят и сложността на направените от Вас искания изискват по-подробно проучване, срокът може да бъде удължен с още два месеца, като това удължаване ще бъде своевременно комуникирано до Вас.*