

## แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

### Data Subject Rights Request Form

(กรณี ไม่สามารถยืนยันตัวตนผ่านระบบ อันเนื่องมาจากเจ้าของข้อมูลไม่มีวันที่หรือเดือนเกิด)

#### คำชี้แจง

ตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตน กองกฎหมาย กรมอนามัย ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลในการใช้งานระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมาย จึงจัดทำแบบฟอร์มคำร้องสำหรับท่านที่ต้องการแจ้งยืนยันข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้งานระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมาย

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ พร้อมทั้งแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และยื่นคำขอนี้ส่งมาตามช่องทางที่กองกฎหมาย กรมอนามัย กำหนด (QR Code ด้านล่าง)

#### ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน .....

เบอร์โทรศัพท์.....

ใช้งานระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

โดยลงทะเบียนใช้งานเป็น  Super User (ผู้ดูแลระบบบัตร)

User (ผู้ขอมีบัตร)

โดยลงทะเบียนเข้าใช้งานด้วย e-mail.....

มีความประสงค์ ให้ผู้ดูแลระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่ หมายเลขประจำตัวประชาชน, ชื่อ, นามสกุล, อายุ, วันเดือนปีเกิด, ที่อยู่ เข้าสู่ระบบหรือฐานข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการบันทึกข้อมูลดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์แจ้งผลการดำเนินการกลับมายังข้าพเจ้าด้วย

..... ผู้ยื่นคำร้องขอ  
(.....)

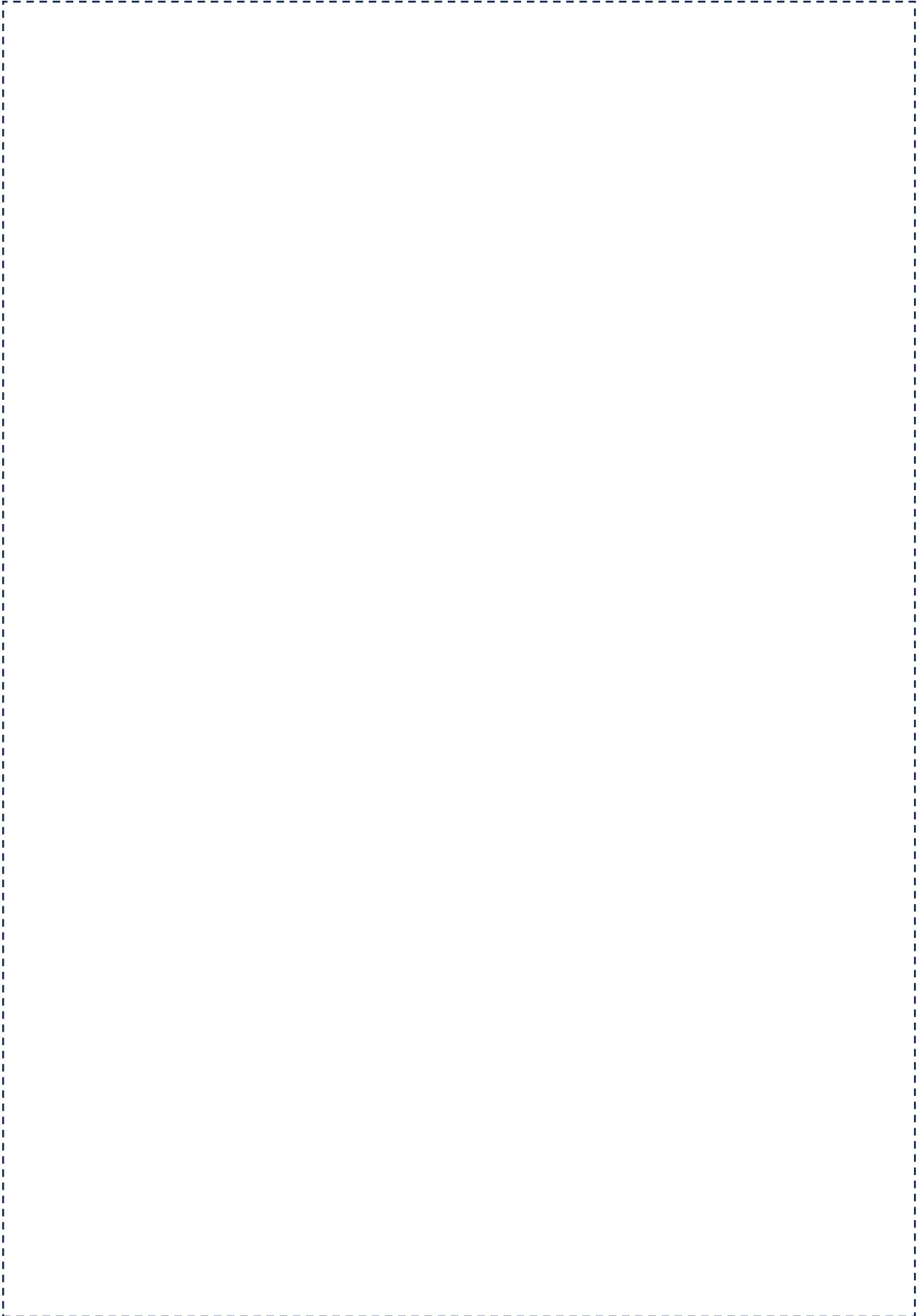
วันที่.....

\*หมายเหตุ ไม่รับคำร้องที่ใช้ลายเซ็นจากไฟล์สแกนหรือภาพถ่าย ต้องใช้ลายเซ็นจริงเท่านั้น



สแกน QR code เพื่อส่งแบบฟอร์ม

แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ภาพสีหรือขาวดำ มองเห็นตัวบุคคลและตัวอักษรชัดเจน)



แบบรูปถ่ายเจ้าของบัตรประชาชน ถือบัตรประชาชนของตนเอง (รูปถ่ายต้องเห็นหน้าตัวบุคคลและตัวอักษรบนบัตรประชาชนชัดเจน ไม่สวมหมวก แว่นตา หรือสิ่งปกปิดใบหน้า)

