

แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
Data Subject Rights Request Form
(กรณี แจ้งให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล)

คำชี้แจง

ตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตน กองกฎหมาย กรมอนามัย ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลในการใช้งานระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมาย จึงจัดทำแบบฟอร์มคำร้องสำหรับท่านที่ต้องการแจ้งให้ลบข้อมูลส่วนบุคคลจากการใช้งานระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมาย

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิ์ดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ และยื่นคำขอนี้ส่งมาตามช่องทางที่กองกฎหมาย กรมอนามัย กำหนด (QR Code ด้านล่าง)

ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง	
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....	
หน่วยงาน	
เบอร์โทรศัพท์.....	
ใช้งานระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข	
โดยลงทะเบียนใช้งานเป็น <input type="checkbox"/> Super User (ผู้ดูแลระบบบัตร)	
<input type="checkbox"/> User (ผู้ขอมีบัตร)	
โดยลงทะเบียนเข้าใช้งานด้วย e-mail(ใส่อีเมลที่ต้องการลบ).....	
มีความประสงค์ ให้ผู้ดูแลระบบบัตรประจำตัวเจ้าพนักงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขดำเนินการลบข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่ หมายเลขประจำตัวประชาชน, ชื่อ, นามสกุล, อายุ, วัน เดือน ปีเกิด, ที่อยู่, หมายเลขโทรศัพท์ อีเมลบัญชีผู้ใช้งาน และข้อมูลอื่นๆที่เชื่อมโยงกับบัญชีผู้ใช้งาน ออกจากระบบหรือฐานข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒	
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการลบข้อมูลดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์แจ้งผลการดำเนินการกลับมายังข้าพเจ้าด้วย	
..... ผู้ยื่นคำร้องขอ	
(.....)	
วันที่.....	
*หมายเหตุ ไม่รับคำร้องที่ใช้ลายเซ็นจากไฟล์สแกนหรือภาพถ่าย ต้องใช้ลายเซ็นจริงเท่านั้น	



สแกน QR code เพื่อส่งแบบฟอร์ม