**FORMULÁRIO (preencher e enviar para secretaria@sbn.org.br)**

**REQUERIMENTO DO TITULAR DE DADOS PESSOAIS**

Prezado Sr. Controlador dos Dados – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

De acordo com a Lei 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) **SOLICITO a Vossa Senhoria exercer meu direito como TITULAR DE DADOS** para a seguinte situação:

( ) confirmação da existência de tratamento

( ) acesso aos dados

( ) correção ou atualização dos dados

( ) anonimização, bloqueio, eliminação de dados tratados em desconformidade com a lei

( ) informações das entidades públicas e privadas com as quais os dados foram compartilhados

( ) vedação de compartilhamento de dados

( ) exclusão de dados pessoais tratados com o consentimento

( ) revogação do consentimento

( ) oposição ao tratamento de dados tratados com o legítimo interesse na Política de Privacidade

( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPECIFICAÇÕES DO PEDIDO:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS DO TITULAR SOLICITANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo: | |
| RG: | CPF: |
| E-mail: | Celular: |

Dados necessários para a localização e posterior resposta ao titular.

Prazo de resposta: 15 dias.

Declaro sob as penas da lei que são verdadeiras as informações prestadas neste formulário.

Em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aos \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**assinatura do titular, juntar cópia do documento de identidade**