**เลขที่................./........................**

**แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล**

**[ใช้สำหรับการถอนความยินยอมหรือการขอใช้สิทธิอื่น ๆ ตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล]**

**ส่วนที่ 1 รายละเอียดของผู้ยื่นคำขอ**

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....................................................อายุ...........อยู่บ้านเลขที่..............ตรอก/ซอย.......................  
ถนน.........................ตำบล/แขวง...............................อำเภอ/เขต..............................จังหวัด.........................................รหัสไปรษณีย์........................โทรศัพท์............................อีเมล..................................................ในฐานะ (เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล) มีความประสงค์จะขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูล  
ส่วนบุคคลดังที่ระบุในส่วนที่ 2 และ/หรือ ส่วนที่ 3 ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดย โรงพยาบาลกะพ้อ เป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว

**กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน โปรดระบุข้อมูลของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนนี้ด้วย**

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).................................................................................................................อายุ............... ปี/เดือน อยู่บ้านเลขที่...............................ตรอก/ซอย.......................................................ถนน......................................................ตำบล/แขวง.................................. อำเภอ/เขต................................จังหวัด......................รหัสไปรษณีย์..........................

โทรศัพท์.............................................................อีเมล.......................................................................................................

**ส่วนที่ 2 สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม** (ตามมาตรา 19 วรรค 5 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562)**1**

*คำชี้แจง: เฉพาะกรณีที่ท่านต้องการใช้สิทธิถอนความยินยอม โปรดทำเครื่องหมาย (√) หน้ารายการสิทธิรายการใดรายหนึ่งหรือหลายรายการ ที่ประสงค์ให้โรงพยาบาลกะพ้อดำเนินการ*

|  |
| --- |
| ต้องการถอนความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ไว้แก่โรงพยาบาลกะพ้อที่มีวัตถุประสงค์ดังนี้  **ข้อมูลส่วนบุคคล**  □ เพื่อการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลกะพ้อ ซึ่งรวมถึงการดำเนินการเพื่อวัตถุประสงค์ตามภารกิจ  □ เพื่อการสถิติ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบริการ บริหารและวิชาการ รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกะพ้อ |
| **วัตถุประสงค์อื่น ๆ**  □ (โปรดระบุ) ..............................................................................................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................................  .............................................................................................................................................................................................. |

**ส่วนที่ 3 สิทธิอื่น ๆ และรายละเอียดการใช้สิทธิที่เกี่ยวข้อง (ตามมาตรา 30 ถึง 36 พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562)[[1]](#footnote-1)**

*คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (√) หน้ารายการสิทธิรายการใดรายหนึ่งหรือหลายรายการ ที่ประสงค์ให้โรงพยาบาลกะพ้อดำเนินการ และโปรดกรอกรายละเอียดการใช้สิทธิที่เกี่ยวข้อง*

| **รายการสิทธิ** | | **รายละเอียดการใช้สิทธิ** |
| --- | --- | --- |
| 🞏  🞏  🞏 | * 1. ขอเข้าถึง   ข้อมูลส่วนบุคคล   * 1. ขอรับสำเนา   ข้อมูลส่วนบุคคล  1.3 ขอให้เปิดเผยการได้มา | ชื่อเอกสารที่ต้องการใช้สิทธิ..................................................................................  ช่องทางการเข้าถึง/รับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล (เฉพาะกรณี 1.1 - 1.2)  ( ) ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทางไปรษณีย์ตามที่ระบุในส่วนที่ 1  ( ) ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทางอีเมลตามที่ระบุในส่วนที่ 1  ( ) ติดต่อด้วยตนเอง[[2]](#footnote-2) |
| 🞏 | 2.1 ขอแก้ไข/เพิ่มเติม  ข้อมูลส่วนบุคคล | จากเดิม.................................................................................................................  เปลี่ยนเป็น/เพิ่มเป็น..............................................................................................  สาเหตุ.................................................................................................................... |
| 🞏  🞏    🞏 | 3.1 ขอให้โอนย้าย ข้อมูล ส่วนบุคคลไปยังผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น  3.2 ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่ส่งไปยังผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น  3.3 ขอรับข้อมูลส่วนบุคคล | ชื่อ/รายละเอียดของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น (เฉพาะกรณี 3.1 - 3.2) ...............................................................................................................................  ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ..........................................................................  *(หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนบุคคลในข้อ 3.1 – 3.3 นี้ จำกัดเฉพาะข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบ ที่อ่าน ใช้ เปิดเผยได้ด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยวิธีการอัตโนมัติ  ตามมาตรา 31 พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562)* |
| 🞏 | 4. ขอคัดค้านการเก็บ   รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย   ข้อมูลส่วนบุคคล | กิจกรรมการประมวลผลของโรงพยาบาลกะพ้อที่ต้องการคัดค้าน  *(หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)*  ( ) นำไปประมวลผลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด  ( ) นำไปประมวลผลเพื่อการวิจัย/สถิติ  ( ) นำไปประมวลผลเพื่อปฏิบัติหน้าที่เพื่อประโยชน์สาธารณะ/ตามอำนาจรัฐที่ได้รับมอบหมาย  ( ) นำไปประมวลผลเพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขหรือของบุคคลหรือนิติบุคคลอื่น  ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ[[3]](#footnote-3)................................................................................. |
| 🞏  🞏 | 5.1 ขอให้ลบ/ทำลาย  5.2 ขอให้ทำให้ข้อมูล ส่วนบุคคลไม่สามารถระบุตัวตนได้  *(หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้เพียงข้อใดข้อหนึ่ง)* | สาเหตุที่ต้องการใช้สิทธิ*(หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)*  ( ) หมดความจำเป็นในการจัดเก็บ ( ) การประมวลผลไม่ชอบด้วยกฎหมาย  ( ) ได้ถอนความยินยอมในการประมวลผล ( ) ได้ทำการคัดค้านการประมวลผล  ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ................................................................................. |
| 🞏 | 6. ขอระงับการใช้ข้อมูล ส่วนบุคคล | สาเหตุที่ต้องการใช้สิทธิ *(หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)*  ( ) ระหว่างรอโรงพยาบาลกะพ้อตรวจสอบเพื่อแก้ไขข้อมูลตามที่ร้องขอ  ( ) ระหว่างรอโรงพยาบาลกะพ้อตรวจสอบการใช้สิทธิคัดค้านตามที่ร้องขอ  ( ) แทนการลบข้อมูล..................................................................................................ที่ถูกประมวลผลโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย/หมดความจำเป็นในการจัดเก็บ |

**รายละเอียดการใช้สิทธิเพิ่มเติม (ถ้ามี)** *คำชี้แจง: ท่านสามารถกรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในการขอใช้สิทธิของท่านข้างต้น อาทิ ชื่อเอกสาร/แหล่งที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ วันที่เอกสาร รายการข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ และรายละเอียดอื่น ๆ ได้ที่ช่องด้านล่างนี้ เพื่อให้โรงพยาบาลกะพ้อสามารถดำเนินการตามคำขอของท่านได้อย่างถูกต้อง*

|  |
| --- |
|  |

**ส่วนที่ 4 ช่องทางตอบรับผลการพิจารณา**

ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามรายละเอียดที่ระบุในส่วนที่ 1 ทาง 🞏 ไปรษณีย์ 🞏 อีเมล

|  |
| --- |
| โรงพยาบาลกะพ้อจะแจ้งผลการพิจารณาและการดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอครบถ้วน หรือวันที่ยื่นเอกสารประกอบเพิ่มเติมครบถ้วน (แล้วแต่กรณี) อย่างไรก็ดี ในกรณีที่มีเหตุจำเป็น โรงพยาบาลกะพ้อขอสงวนสิทธิในการขยายระยะเวลาดังกล่าว โดยโรงพยาบาลกะพ้อจะแจ้งให้ท่านทราบภายในระยะเวลา 30 วันดังกล่าวข้างต้น พร้อมเหตุผลประกอบทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด |

**ส่วนที่ 5 เอกสารประกอบการยื่นคำขอ**

โปรดยื่นเอกสารประกอบตามที่กำหนดในส่วนนี้ พร้อมทั้งแบบคำขอฉบับนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| เอกสารประกอบของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล | | เอกสารประกอบกรณีเจ้าของข้อมูลเป็นผู้เยาว์/ คนเสมือนไร้ความสามารถ/คนไร้ความสามารถ | |
| 🞏  🞏 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  สำเนาเอกสารยืนยันการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี) | 🞏  🞏  🞏 | หนังสือให้ความยินยอมและสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้ใช้อำนาจปกครอง  หนังสือให้ความยินยอม สำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์ และคำพิพากษา/คำสั่งศาลถึงที่สุดแต่งตั้งให้เป็นผู้พิทักษ์  สำเนาบัตรประชาชนผู้อนุบาล และสำเนาคำพิพากษา/คำสั่งศาลถึงที่สุดแต่งตั้งให้เป็นผู้อนุบาล |
| เอกสารประกอบของผู้รับมอบอำนาจ | |
| 🞏 | หนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของ  ผู้รับมอบอำนาจ |

**ส่วนที่ 6 เงื่อนไขและข้อสงวนสิทธิ**

* 1. โรงพยาบาลกะพ้ออาจปฏิเสธการดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และตามกฎหมายอื่นใดที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลของท่านหรือข้อมูลที่เกี่ยวกับท่านถูกเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยเพื่อประโยชน์สาธารณะหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ประโยชน์สาธารณะด้านการสาธารณสุข การควบคุมโรคติดต่อ หรือประโยชน์สาธารณะที่สำคัญอื่น ๆ เป็นต้น
  2. โรงพยาบาลกะพ้อขอสงวนสิทธิในการคิดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิตามหลักเกณฑ์  
     ที่โรงพยาบาลกะพ้อกำหนด
  3. ข้อมูลส่วนบุคคลที่โรงพยาบาลกะพ้อรวบรวมและจัดเก็บภายใต้คำขอฉบับนี้ จะถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์  
     ในการพิจารณาดำเนินการตามสิทธิที่ท่านร้องขอ แจ้งผลการพิจารณา ติดต่อเพื่อขอเอกสารประกอบเพิ่มเติม และ/หรือ เพื่อการอื่นใดเฉพาะเท่าที่จำเป็น เพื่อดำเนินการตามสิทธิที่ท่านร้องขอเท่านั้น โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้ จนกว่าโรงพยาบาลกะพ้อจะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุด ในกรณีที่โรงพยาบาลกะพ้อไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

**ส่วนที่ 7 การรับทราบและยินยอม**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่แท้จริง (แล้วแต่กรณี) และข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในคำขอฉบับนี้และเอกสารประกอบทั้งหมดเป็นข้อมูลและเอกสารที่ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการตรวจสอบเพื่อยืนยันตัวตนและอำนาจทำการแทนเป็นการจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพิจารณาดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอ หากข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่ผิดพลาดด้วยเจตนาทุจริต โรงพยาบาลกะพ้ออาจใช้สิทธิดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายแก่ข้าพเจ้า

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดในแบบคำขอฉบับนี้โดยละเอียดถี่ถ้วนและเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดเป็นอย่างดีแล้ว  
ในการนี้ จึงได้ลงนามไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ .................................................................. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

(………………….…………………...………………….)

วันที่.........../............../............

|  |
| --- |
| **\*\*\*สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น\*\*\*** |
| วันที่ได้รับคำร้องขอ ………………………………………...  วันที่บันทึกในระบบ …………………………………………  วันที่มีหนังสือตอบรับ …………………………………………  ผลการพิจารณา …………………………………………  เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี) …………………………………………  เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ ………………………………………... |

1. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถศึกษารายละเอียดการใช้สิทธิ รวมถึงเหตุในการปฏิเสธสิทธิของโรงพยาบาลกะพ้อดังกล่าวเพิ่มเติม ได้ตามรายละเอียดบนเว็บไซต์ https://pdpa.moph.go.th/ [↑](#footnote-ref-1)
2. ในกรณีที่ผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้มาติดต่อเพื่อขอรับสำเนาและเข้าถึงข้อมูลแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โปรดแสดงหนังสือมอบอำนาจที่มีข้อความการมอบอำนาจให้มาติดต่อเพื่อกระทำการดังกล่าว โดยชัดแจ้ง [↑](#footnote-ref-2)
3. โปรดกรอกรายการข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ (ยกเว้นกรณีคัดค้านการประมวลในวัตถุประสงค์ทางการตลาด ท่านไม่จำเป็นต้องกรอกรายการข้อมูลส่วนบุคคล) [↑](#footnote-ref-3)