



ชื่องาน: แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ ๑ ต.ค. ๖๕
ชั้นความลับ: ใช้นอก	รหัสเอกสาร: F-PA-CL-๐๑.๐๑Rev.๐๐	หน้าที่ ๑/๕

เลขที่...../.....

แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

[ใช้สำหรับการถอนความยินยอมหรือการขอใช้สิทธิอื่น ๆ ตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล]

ส่วนที่ ๑ รายละเอียดของผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....ต.รอก/ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....อีเมล.....ในฐานะ (เจ้าของข้อมูล
 ส่วนบุคคล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล) มีความประสงค์จะขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูล
 ส่วนบุคคลดังที่ระบุในส่วนที่ ๒ และ/หรือ ส่วนที่ ๓ ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดย โรงพยาบาลกะพ้อ
 เป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว

กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน โปรดระบุข้อมูลของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนนี้ด้วย

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

ส่วนที่ ๒ สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม (ตามมาตรา ๑๙ วรรค ๕ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒)^๑

*คำชี้แจง: เฉพาะกรณีที่ท่านต้องการใช้สิทธิถอนความยินยอม โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้ารายการสิทธิรายการใดรายการหนึ่ง
 หรือหลายรายการ ที่ประสงค์ให้โรงพยาบาลกะพ้อดำเนินการ*

ต้องการถอนความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ไว้แก่โรงพยาบาลกะพ้อที่มี
 วัตถุประสงค์ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพื่อการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลกะพ้อ ซึ่งรวมถึงการดำเนินการเพื่อวัตถุประสงค์ตามภารกิจ
- เพื่อการสถิติ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบริการ บริหารและวิชาการ
รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลกะพ้อ

วัตถุประสงค์อื่น ๆ

- (โปรดระบุ)

.....

.....

.....

.....



ชื่องาน: แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ ๑ ต.ค. ๖๕
ชั้นความลับ: ใ้ภายนอก	รหัสเอกสาร: F-PA-CL-๐๑.๐๑Rev.๐๐	หน้าที่ ๒/๕


ส่วนที่ ๓ สิทธิอื่น ๆ และรายละเอียดการใช้สิทธิที่เกี่ยวข้อง (ตามมาตรา ๓๐ ถึง ๓๖ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒)^๑

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้ารายการสิทธิรายการใดรายการหนึ่งหรือหลายรายการ ที่ประสงค์ให้โรงพยาบาล กะพ้อดำเนินการ และโปรดกรอรายละเอียดการใช้สิทธิที่เกี่ยวข้อง

รายการสิทธิ	รายละเอียดการใช้สิทธิ
<input type="checkbox"/> ๑.๑ ขอเข้าถึง ข้อมูลส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> ๑.๒ ขอรับสำเนา ข้อมูลส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> ๑.๓ ขอให้เปิดเผยการได้มา	ชื่อเอกสารที่ต้องการใช้สิทธิ..... ช่องทางการเข้าถึง/รับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล (เฉพาะกรณี ๑.๑ - ๑.๒) () ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทางไปรษณีย์ตามที่ระบุในส่วนที่ ๑ () ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทางอีเมลตามที่ระบุในส่วนที่ ๑ () ติดต่อด้วยตนเอง ^๒
<input type="checkbox"/> ๒.๑ ขอแก้ไข/เพิ่มเติม ข้อมูลส่วนบุคคล	จากเดิม..... เปลี่ยนเป็น/เพิ่มเป็น..... สาเหตุ.....
<input type="checkbox"/> ๓.๑ ขอให้โอนย้าย ข้อมูล ส่วนบุคคลไปยังผู้ควบคุม ข้อมูลส่วนบุคคลอื่น <input type="checkbox"/> ๓.๒ ขอรับข้อมูลส่วนบุคคล ที่ส่งไปยังผู้ควบคุม ข้อมูลส่วนบุคคลอื่น <input type="checkbox"/> ๓.๓ ขอรับข้อมูลส่วนบุคคล	ชื่อ/รายละเอียดของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น (เฉพาะกรณี ๓.๑ - ๓.๒) ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ..... (หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนบุคคลในข้อ ๓.๑ - ๓.๓ นี้ จำกัดเฉพาะข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบ ที่อ่าน ใช้ เปิดเผยได้ด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยวิธีการอัตโนมัติ ตามมาตรา ๓๑ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒)
<input type="checkbox"/> ๔. ขอคัดค้านการเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล	กิจกรรมการประมวลผลของโรงพยาบาลกะพ้อที่ต้องการคัดค้าน (หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) () นำไปประมวลผลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาด () นำไปประมวลผลเพื่อการวิจัย/สถิติ () นำไปประมวลผลเพื่อปฏิบัติหน้าที่เพื่อประโยชน์สาธารณะ/ตามอำนาจรัฐที่ได้รับ มอบหมาย () นำไปประมวลผลเพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข หรือของบุคคลหรือนิติบุคคลอื่น

^๑เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถศึกษารายละเอียดการใช้สิทธิ รวมถึงเหตุในการปฏิเสธสิทธิของโรงพยาบาลกะพ้อดังกล่าวเพิ่มเติม ได้ตามรายละเอียดบนเว็บไซต์ <https://pdpa.moph.go.th/>
^๒ในกรณีที่ผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้รับผิดชอบเพื่อขอรับสำเนาและเข้าถึงข้อมูลแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โปรดแสดงหนังสือมอบอำนาจที่มีความสามารถมอบอำนาจให้มาติดต่อกับการดำเนินการดังกล่าว โดยชัดเจน

หมายเหตุ: เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบฟอร์ม


	ชื่องาน: แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล	เริ่มใช้ ๑ ต.ค. ๖๕
	ชั้นความลับ: ใ้ภายนอก	รหัสเอกสาร: F-PA-CL-๐๑.๐๑Rev.๐๐

รายการสิทธิ	รายละเอียดการใช้สิทธิ
	ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ ^๓
<input type="checkbox"/> ๕.๑ ขอให้ลบ/ทำลาย <input type="checkbox"/> ๕.๒ ขอให้ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลไม่สามารถระบุตัวตนได้ (หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้เพียงข้อใดข้อหนึ่ง)	สาเหตุที่ต้องการใช้สิทธิ(หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) () หมดความจำเป็นในการจัดเก็บ () การประมวลผลไม่ชอบด้วยกฎหมาย () ได้ถอนความยินยอมในการประมวลผล () ได้ทำการคัดค้านการประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ.....
<input type="checkbox"/> ๖. ขอร้องการให้ข้อมูลส่วนบุคคล	สาเหตุที่ต้องการใช้สิทธิ (หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ) () ระหว่างรอโรงพยาบาลกะป้อตรวจสอบเพื่อแก้ไขข้อมูลตามที่ร้องขอ () ระหว่างรอโรงพยาบาลกะป้อตรวจสอบการใช้สิทธิคัดค้านตามที่ร้องขอ () แทนการลบข้อมูล..... ที่ถูกประมวลผลโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย/หมดความจำเป็นในการจัดเก็บ

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

^๓โปรดกรอกรายการข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ (ยกเว้นกรณีคัดค้านการประมวลในวัตถุประสงค์ทางการตลาด ท่านไม่จำเป็นต้องกรอกรายการข้อมูลส่วนบุคคล)

หมายเหตุ: เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกกรอกลงในแบบฟอร์ม

	ชื่องาน: แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล	เริ่มใช้ ๑ ต.ค. ๖๕
	ชั้นความลับ: ใช้นอก	รหัสเอกสาร: F-PA-CL-๐๑.๐๑Rev.๐๐

ส่วนที่ ๔ ช่องทางตอบรับผลการพิจารณา

ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามรายละเอียดที่ระบุในส่วนที่ ๑ ทาง ไปรษณีย์ อีเมล

โรงพยาบาลจะพิจารณาแจ้งผลการพิจารณาและการดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอครบถ้วน หรือวันที่ยื่นเอกสารประกอบเพิ่มเติมครบถ้วน (แล้วแต่กรณี) อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีเหตุจำเป็น โรงพยาบาลจะขอสงวนสิทธิในการขยายระยะเวลาดังกล่าว โดยโรงพยาบาลจะแจ้งให้ท่านทราบภายในระยะเวลา ๓๐ วันดังกล่าวข้างต้น พร้อมเหตุผลประกอบทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด

ส่วนที่ ๕ เอกสารประกอบการยื่นคำขอ


โปรดยื่นเอกสารประกอบตามที่กำหนดในส่วนนี้ พร้อมทั้งแบบคำขอลฉบับนี้

เอกสารประกอบของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล	เอกสารประกอบกรณีเจ้าของข้อมูลเป็นผู้เยาว์/ คนเสมือนไร้ความสามารถ/คนไร้ความสามารถ
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารยืนยันการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/> หนังสือให้ความยินยอมและสำเนาบัตรประชาชนของผู้ใช้อำนาจปกครอง <input type="checkbox"/> หนังสือให้ความยินยอม สำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์และคำพิพากษา/คำสั่งศาลถึงที่สุดแต่งตั้งให้เป็นผู้พิทักษ์
เอกสารประกอบของผู้รับมอบอำนาจ	
<input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้อนุญาต และสำเนาคำพิพากษา/คำสั่งศาลถึงที่สุดแต่งตั้งให้เป็นผู้อนุญาต

ส่วนที่ ๖ เงื่อนไขและข้อสงวนสิทธิ

- ๖.๑ โรงพยาบาลจะอาจปฏิเสธการดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และตามกฎหมายอื่นใดที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลของท่านหรือข้อมูลที่เกี่ยวกับท่านถูกเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยเพื่อประโยชน์สาธารณะหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ประโยชน์สาธารณะด้านการสาธารณสุข การควบคุมโรคติดต่อ หรือประโยชน์สาธารณะที่สำคัญอื่น ๆ เป็นต้น
- ๖.๒ โรงพยาบาลจะขอสงวนสิทธิในการคิดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิตามที่หลักเกณฑ์ที่โรงพยาบาลจะกำหนด
- ๖.๓ ข้อมูลส่วนบุคคลที่โรงพยาบาลจะรวบรวมและจัดเก็บภายใต้คำขอลฉบับนี้ จะถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาดำเนินการตามสิทธิที่ท่านร้องขอ แจ้งผลการพิจารณา ติดต่อเพื่อขอเอกสารประกอบเพิ่มเติม และ/หรือ เพื่อการอื่นใดเฉพาะเท่าที่จำเป็น เพื่อดำเนินการตามสิทธิที่ท่านร้องขอเท่านั้น โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้ จนกว่าโรงพยาบาลจะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุด ในกรณีที่โรงพยาบาลจะขอไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

หมายเหตุ: เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบฟอร์ม

	ชื่องาน: แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ ๑ ต.ค. ๖๕
	ชั้นความลับ: ใ้ภายนอก	รหัสเอกสาร: F-PA-CL-๐๑.๐๑Rev.๐๐	หน้าที่ ๕/๕

ส่วนที่ ๗ การรับทราบและยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่แท้จริง (แล้วแต่กรณี) และข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในคำขออนุญาตนี้และเอกสารประกอบทั้งหมดเป็นข้อมูลและเอกสารที่ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการตรวจสอบเพื่อยืนยันตัวตนและอำนาจทำการแทนเป็นการจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพิจารณาดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอ หากข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่ผิดพลาดด้วยเจตนาทุจริตโรงพยาบาลกะพ้ออาจใช้สิทธิดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายแก่ข้าพเจ้า

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดในแบบคำขออนุญาตนี้โดยละเอียดถี่ถ้วนและเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดเป็นอย่างดีแล้วในการนี้ จึงได้ลงนามไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน
 (.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น
วันที่ได้รับคำร้องขอ
วันที่บันทึกในระบบ
วันที่มีหนังสือตอบรับ
ผลการพิจารณา
เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี)
เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ