กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐
จังหวัดอุบลราชธานี

แบบคำร้องขอดูภาพจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอดูภาพจากกล้องวงจรปิด ดังนี้

☐ ดูภาพวิดีโออย่างเดียว ☐ ดูภาพวิดีโอและบันทึกเป็นภาพนิ่ง
☐ ดูภาพวิดีโอและบันทึกเป็นไฟล์ ☐ อื่นๆ.....

บริเวณ.....
.....
ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
เนื่องจาก/ตามที่มีเหตุ.....
.....
โดยแนบเอกสารประกอบ ☐ สำเนาบัตรประชาชน ☐ ใบแจ้งความ ☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า จะไม่นำข้อมูลที่ได้รับไปเผยแพร่หรือแสดงหาประโยชน์ในทางที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย และในกรณีที่เกิดความเสียหายแก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้าขอยินยอมรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวในทุกกรณี

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเรื่อง
(.....)
วันที่.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ	**ความเห็นของผู้อำนวยการฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย**
☐ เห็นควร	☐ อนุมัติ
☐ ไม่เห็นควร เนื่องจาก.....	☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
.....	.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
วันที่.....	วันที่.....

แบบบันทึกผลการดูภาพวิดีโอจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ผู้ร่วมดูข้อมูลได้แก่.....
โดยให้ข้อมูลเป็น ☐ ดูภาพวิดีโออย่างเดียว ☐ ดูภาพวิดีโอและบันทึกเป็นภาพนิ่ง ☐ ดูภาพวิดีโอและบันทึกเป็นไฟล์

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ข้อมูลภาพจากกล้องวงจรปิด

ลงชื่อ.....
.....
.....
ผู้ขอใช้ และผู้ร่วมดูภาพจากกล้องวงจรปิด

หมายเหตุ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในสิ่งบันทึกภาพเหตุการณ์ตามคำขอห้ามมิให้บุคคลใดบันทึกข้อมูลหรือภาพถ่ายก่อนได้รับอนุญาตโดยเด็ดขาด และห้ามนำภาพดังกล่าวไปตัดต่อ ดัดแปลง เผยแพร่ โดยไม่ได้รับอนุญาต หากฝ่าฝืนจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย