

**แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล**

**Data Subject Rights Request Form**

วันที่ ………………………………

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนซึ่งอยู่ในความดูแลของ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค   
ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ และยื่นคำขอนี้ด้วยตนเองแก่กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: HAOD.DIP@gmail.com

|  |
| --- |
| ข้อมูลผู้ยื่นคำร้องขอ |
| ชื่อ-นามสกุล …………………………………….…………………………………  เลขบัตรประจำตัวประชาชน …………………………………….…………………………………  เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ …………………………………….…………………………………  อีเมล …………………………………….………………………………… |
| ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่ |
| ❒ ผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล  ❒ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้แทนของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (โปรดระบุรายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)  รายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล  ชื่อ-นามสกุล …………………………………….…………………………………  ที่อยู่ ……………………………………………………………….……..  เบอร์โทรศัพท์ ………………………………………………………………………  อีเมล ……………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| เอกสารประกอบการขอใช้สิทธิ |
| เอกสารเพื่อการยืนยันตัวตนของผู้ยื่นคำร้อง  ❒  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญญาชาติไทย)  ❒  สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญญาชาติไทย)  เอกสารประกอบการดำเนินการแทน (เฉพาะกรณียื่นคำร้องแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)  ❒  หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องใช้สิทธิแทนเจ้าของข้อมูล ส่วนบุคคลตามแบบคำร้องขอฉบับนี้ ซึ่งลงนามโดยเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้ยื่นคำร้องและลงวันที่ ก่อนวันที่ยื่น |

|  |
| --- |
| โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์ของท่านที่มีต่อ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค |
| ❒  ลูกค้า / ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน / ผู้เข้าชมเว็บไซต์  ❒  เจ้าหน้าที่/ผู้ปฏิบัติงาน  ❒  ผู้สมัครงาน  ❒  คู่สัญญา/ผู้รับเหมา  ❒  ผู้ติดต่อ  ❒  อื่น ๆ (โปรดระบุ) ................................. |

|  |
| --- |
| โปรดระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ |
| ❒  เพิกถอนความยินยอม  ❒  ขอเข้าถึงหรือรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงขอให้ กรมควบคุมโรค เปิดเผยที่มาของข้อมูลที่ท่านไม่ได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม  ❒  ขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล  ❒  ขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล  ❒  ขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล  ❒  ขอระงับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล  ❒  ขอให้ กรมควบคุมโรค โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลรายอื่น |

|  |
| --- |
| โปรดระบุวัตถุประสงค์และเหตุผลประกอบคำร้องขอของท่าน |
| ……………………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………...……………………………...… |

**หมายเหตุ**

กรมควบคุมโรค สงวนสิทธิ์ในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิในการดำเนินคดีตามกฎหมายหากพบว่าข้อมูล  
ที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอนี้ไม่เป็นความจริงโดยเจตนาทุจริต

การใช้สิทธิของท่านอาจมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมายหรือกฎ ระเบียบอื่น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมี  
การพิจารณาคำขอเป็นรายกรณีไป กรมควบคุมโรค ขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอ  
ของท่านอย่างครบถ้วน เพื่อให้กรมควบคุมโรค สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง   
กรมควบคุมโรค ขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธคำขอของท่านในกรณีที่กรมควบคุมโรค มีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิของท่านอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิ  
และเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญากับกรมควบคุมโรคที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้กรมควบคุมโรคไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้ โดยกรมควบคุมโรค   
จะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

กรมควบคุมโรค จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอพร้อมเหตุผลและข้อมูลประกอบคำขอต่าง ๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิในการขยายเวลาดังกล่าวออกไป หากกรมควบคุมโรค ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบการดำเนินการ

ในกรณีที่กรมควบคุมโรค มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิของท่าน กรมควบคุมโรค จะแจ้งเหตุผลการปฏิเสธแก่ท่านทราบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

กรมควบคุมโรคเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอนี้เพื่อวัตถุประสงค์  
ในการตรวจสอบเพื่อยืนยันสิทธิของท่านทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้แทน และดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มี  
ความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็น  
ในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่ากรมควบคุมโรค จะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุดในกรณีที่ กรมควบคุมโรค ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควร  
ตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งแก่   
กรมควบคุมโรค มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยันและรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุข้างล่างนี้

.......................................................... ผู้ยื่นคำร้องขอ

(............................................................)

วันที่ .......................................

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