

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE DIREITOS DO TITULAR DE DADOS PESSOAIS

O presente formulário tem como finalidade receber e formalizar as requisições de direito de titulares de dados pessoais perante a LABORE SAÚDE OCUPACIONAL, para que o exercício dos direitos do titular se dê de maneira segura e prática.

Lembramos que o preenchimento deste formulário é facultativo e ao preenchê-lo você concordará com o tratamento dos dados pessoais nele incluídos, bem como com o tratamento dos documentos pessoais eventualmente anexados.

Somente serão processadas, por meio desse formulário, as solicitações em que a LABORE SAÚDE OCUPACIONAL atuar como CONTROLADORA dos dados, nas situações em que a mesma for apenas operadora, você deve encaminhar a solicitação diretamente ao agente controlador dos dados.

Caso necessário, podemos solicitar informações adicionais para atender à sua demanda, por isto é importante conferir seu meio de contato, que será utilizado também para o envio da resposta sobre a sua requisição.

A comunicação sobre o resultado da sua solicitação será enviada para o seu e-mail abaixo informado.

Identificação do titular de dados	
Nome	
CPF	
Telefone	
E-mail	
Meu relacionamento com a empresa é/foi na qualidade de:	<input type="checkbox"/> Colaborador ou ex-colaborador <input type="checkbox"/> Fornecedor <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Outro
Informações adicionais	

Indique abaixo qual ou quais direitos você deseja exercer. Para que possamos atender com maior agilidade a sua requisição, por gentileza, descreva com o máximo de detalhes as informações que pretende ter acesso, corrigir, eliminar etc. Informe-nos também os períodos a que se referem os direitos pleiteados, se possível. Lembre-se que poderemos entrar em contato solicitando informações adicionais para atender seu pedido caso a requisição não esteja clara o suficiente.

Requisição do titular	
Direito pleiteado	Descrição da requisição
Confirmação da existência de tratamento	
Acesso aos dados	
Correção, complementação ou atualização (indicar dado correto)	
Eliminação, Bloqueio ou Anonimização	
Revogação de consentimento	

	Informação das entidades públicas e privadas com os quais o controlador realizou uso compartilhado de dados	
	Oposição a tratamento realizado	
Informações adicionais:		

Identificação do requerente	
<input type="checkbox"/> O próprio Titular <input type="checkbox"/> Terceiro – Neste caso, deverá ser informado o seguinte:	
Nome	
CPF	
Telefone	
e-mail	
Meu relacionamento o titular dos dados é na qualidade de	<input type="checkbox"/> genitor(a) e possuo sua guarda. <input type="checkbox"/> curador(a) <input type="checkbox"/> procurador(a) <input type="checkbox"/> Outro
Informações adicionais	

COMPROVAÇÃO DA IDENTIDADE DO TITULAR

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais impõe à nossa organização que os dados pessoais sejam protegidos. Por esta razão, é necessário que seja anexado ao presente formulário a cópia autenticada do documento de identidade civil do titular dos dados ou que o formulário tenha firma reconhecida. No caso de representante legal, além dos documentos do titular, deve ser anexado o instrumento legal de representação ou prova da representação parental.

- Declaro estar ciente e concordar que os documentos anexos serão utilizados apenas e tão somente para confirmar a minha identidade para exercer os direitos acima requeridos e que serão armazenados pela empresa para registro desta requisição e proteção de direitos seus e de terceiros.
- Declaro ainda que os documentos anexos são autênticos e condizem com o original, ciente de que a falsa afirmação incorrerá em responsabilização civil, penal e administrativa.

COMUNICAÇÃO DO RESULTADO DO REQUERIMENTO

Como gostaria de ser comunicado sobre o resultado da sua requisição?

- E-mail (indicado acima)
- Whatsapp (___) _____
- Impresso (Para retirada na sede da empresa)

Data da requisição	Assinatura do titular/requerente

Esse formulário deverá ser entregue pessoalmente na sede da LABORE SAÚDE OCUPACIONAL ou enviado para o e-mail dpo@laboresaude.com.br