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:	☐ Colaborador ou ex-colaborador ☐ Fornecedor ☐ Cliente ☐ 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	
☐ O próprio Titular ☐ Terceiro – Neste caso, deverá ser informado o seguinte:	
Nome	
CPF	
Telefone	
e-mail	
Meu relacionamento o titular dos dados é na qualidade de	☐ genitor(a) e possuo sua guarda. ☐ curador(a) ☐ procurador(a) ☐ 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