

نموذج الموافقة على تسليم البيانات الشخصية إلى الخدمات الصحية التابعة للبلدية

١. الغرض



من خلال التوقيع على هذا النموذج، أوافق على أن يقوم مركز استقبال طالبي اللجوء الذي أقيم فيه بتزويد بلدية

بالبيانات الشخصية الخاصة بي المذكورة في البند (٢)، وذلك لتمكين مركز الاستقبال من مساعدتي في حجز موعد مع الخدمات الصحية

٢. ما هي البيانات الشخصية التي سيتم تزويد البلدية بها



أوافق على مشاركة البيانات الشخصية التالية مع البلدية المضيفة:

- الاسم

- الجنس

- رقم-D

- رقم الهاتف

- عنوان البريد الإلكتروني

أعلم أنه يمكنني أيضًا التواصل بنفسني مع البلدية للحصول على الرعاية الصحية. وأعلم أن موافقتي على قيام مركز الاستقبال بتزويد البلدية ببياناتي الشخصية هي أمر طوعي، وأنه حتى في حال عدم منحي هذه الموافقة، فإن لي الحق في الحصول على الرعاية الصحية

٣. بخصوص الموافقة



الموافقة طوعية وتبقى سارية طوال فترة إقامتي في مركز استقبال طالبي اللجوء. يمكنني سحب هذه الموافقة في أي وقت من خلال التواصل مع مركز الاستقبال

وعند انتقالني من مركز الاستقبال، تصبح هذه الموافقة غير سارية، ويقوم مركز الاستقبال بحذف النموذج وجميع البيانات الشخصية فوراً

٤. الحقوق



يحق لي الاطلاع على بياناتي الشخصية الواردة في نموذج الموافقة هذا، وطلب تصحيحها أو حذفها، وذلك من خلال التواصل مع مركز استقبال طالبي اللجوء

تخضع البلدية لواجب الأرشفة وفقاً لقانون الأرشيف، وهذا يعني أن البيانات الشخصية التي يتم مشاركتها مع البلدية قد تُعتبر بيانات أرشيفية يجب الاحتفاظ بها، ولا يمكن حذفها، حتى لو قمت لاحقاً بسحب موافقتك

٥. تأكيد الموافقة



أؤكد بموجب هذا أنني قد فهمت شروط منح الموافقة، وأمنح موافقتي على أن يقوم مركز استقبال طالبي اللجوء بتزويد البلدية ببياناتي الشخصية كما هو موضح أعلاه

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

المكان

التاريخ

التوقيع