# Begäran avseende registrerades rättigheter

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Övriga nödvändiga individualiserande uppgifter (t.ex. personnummer): |
| Telefonnummer: |
| Adress: |
| Övriga kontaktuppgifter: | |
| Datum: | Underteckning: |

Formuläret kan insändas

* per post: Arbetshälsoinstitutet, Dataskyddsombud, PB 40, 00032 ARBETSHÄLSOINSTITUTET
* per e-post: dso@ttl.fi
* via datasäkert meddelande: https://www.turvaposti.fi/viesti/ttl.tietosuoja (förutsätter egen e-post)

|  |
| --- |
| * Jag begär tillgång till mina uppgifter   Vilket register? |
| * Jag begär rättelse av mina uppgifter   Vilket register?  Hur ska uppgifterna rättas? |
| * Jag begär radering av mina uppgifter (”rätten att bli bortglömd”)   Vilket register? |
| * Jag begär rätten till dataportabilitet   Vilket register?  Vart? |
| * Jag begär att göra invändningar mot behandling av mina uppgifter   Vilket register?  Skälet? |
| * Jag begär att återkalla mitt samtycke   Vilket register? |