

	ชื่องาน : แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ 1 ต.ค. 65
	ชั้นความลับ: ใช้นอก	รหัสเอกสาร : F-PA-CL-01.01Rev.00	หน้าที่ 1 ของ 5

เลขที่...../.....

แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

[ใช้สำหรับการถอนความยินยอมหรือการใช้สิทธิอื่น ๆ ตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล]

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....อีเมล.....ในฐานะ (เจ้าของข้อมูล
 ส่วนบุคคล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล) มีความประสงค์จะขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วน
 บุคคลดังที่ระบุในส่วนที่ 2 และ/หรือ ส่วนที่ 3 ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล
 ดังกล่าว

กรณีผู้ยื่นคำขอเป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน โปรดระบุข้อมูลของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในส่วนนี้ด้วย

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ..... ปี/เดือน
 อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....อีเมล.....

ส่วนที่ 2 สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม (ตามมาตรา 19 วรรค 5 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562)¹

คำชี้แจง: เฉพาะกรณีที่ท่านต้องการใช้สิทธิถอนความยินยอม โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้ารายการสิทธิรายการใดรายการหนึ่ง
 หรือหลายรายการ ที่ประสงค์ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ

ต้องการถอนความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ไว้แก่สำนักงานปลัดกระทรวง
 สาธารณสุขที่มีวัตถุประสงค์ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

- ☐ เพื่อการประชาสัมพันธ์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงการดำเนินการเพื่อวัตถุประสงค์ตามภารกิจ
- ☐ เพื่อการสถิติ ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และประเมินผลข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบริการ บริหารและวิชาการ
 รวมถึงการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์อื่น ๆ

☐ (โปรดระบุ)

.....

	ชื่องาน : แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ 1 ต.ค. 65
	ชั้นความลับ: ใช้นอก	รหัสเอกสาร : F-PA-CL-01.01Rev.00	หน้าที่ 2 ของ 5

ส่วนที่ 3 : สิทธิอื่น ๆ และรายละเอียดการใช้สิทธิที่เกี่ยวข้อง (ตามมาตรา 30 ถึง 36 พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562)¹

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้ารายการสิทธิรายการใดรายการหนึ่งหรือหลายรายการ ที่ประสงค์ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ และโปรดกรอรายละเอียดการใช้สิทธิที่เกี่ยวข้อง

รายการสิทธิ	รายละเอียดการใช้สิทธิ
☐ 1.1 ขอเข้าถึง ข้อมูลส่วนบุคคล	ชื่อเอกสารที่ต้องการใช้สิทธิ..... ช่องทางการเข้าถึง/รับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล (เฉพาะกรณี 1.1 - 1.2)
☐ 1.2 ขอรับสำเนา ข้อมูลส่วนบุคคล	() ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทางไปรษณีย์ตามที่ระบุในส่วนที่ 1 () ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทางอีเมลตามที่ระบุในส่วนที่ 1
☐ 1.3 ขอให้เปิดเผยการได้มา	() ติดต่อด้วยตนเอง ²
☐ 2.1 ขอแก้ไข/เพิ่มเติม ข้อมูลส่วนบุคคล	จากเดิม..... เปลี่ยนเป็น/เพิ่มเป็น..... สาเหตุ.....
☐ 3.1 ขอให้โอนย้าย ข้อมูลส่วนบุคคลไปยังผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น	ชื่อ/รายละเอียดของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น (เฉพาะกรณี 3.1 - 3.2) ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ.....
☐ 3.2 ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่ส่งไปยังผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลอื่น	(หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนบุคคลในข้อ 3.1 - 3.3 นี้ จำกัดเฉพาะข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบที่อ่าน ใช้ เปิดเผยได้ด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยวิธีการอัตโนมัติ ตามมาตรา 31 พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562)
☐ 3.3 ขอรับข้อมูลส่วนบุคคล	
☐ 4. ขอคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล	กิจกรรมการประมวลผลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการคัดค้าน (หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) () นำไปประมวลผลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ () นำไปประมวลผลเพื่อการวิจัย/สถิติ () นำไปประมวลผลเพื่อปฏิบัติหน้าที่เพื่อประโยชน์สาธารณะ/ตามอำนาจรัฐที่ได้รับมอบหมาย () นำไปประมวลผลเพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขหรือของบุคคลหรือนิติบุคคลอื่น ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ ³

¹เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถศึกษารายละเอียดการใช้สิทธิ รวมถึงเหตุในการปฏิเสธสิทธิของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวเพิ่มเติม ได้ตามรายละเอียดบนเว็บไซต์ <https://pdpa.moph.go.th/>
²ในกรณีที่ผู้รับมอบอำนาจเป็นผู้รับผิดชอบและเข้าถึงข้อมูลแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โปรดแสดงหนังสือมอบอำนาจที่มีความชอบอำนาจให้มาติดต่อก่อนทำการดังกล่าว โดยชัดเจน

หมายเหตุ : เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกกรอกลงในแบบฟอร์ม

	ชื่องาน : แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ 1 ต.ค. 65
	ชั้นความลับ: ใช้นอก	รหัสเอกสาร : F-PA-CL-01.01Rev.00	หน้าที่ 3 ของ 5

รายการสิทธิ		รายละเอียดการใช้สิทธิ
☐ 5.1 ขอให้ลบ/ทำลาย ☐ 5.2 ขอให้ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลไม่สามารถระบุตัวตนได้ (หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้เพียงข้อใดข้อหนึ่ง)		สาเหตุที่ต้องการใช้สิทธิ(หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) () หมดความจำเป็นในการจัดเก็บ () การประมวลผลไม่ชอบด้วยกฎหมาย () ได้ถอนความยินยอมในการประมวลผล () ได้ทำการคัดค้านการประมวลผล ข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ.....
		☐ 6. ขอร้องรับการแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล สาเหตุที่ต้องการใช้สิทธิ (หมายเหตุ: ท่านสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) () ระหว่างรอสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตรวจสอบเพื่อแก้ไขข้อมูลตามที่ร้องขอ () ระหว่างรอสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตรวจสอบการใช้สิทธิคัดค้านตามที่ร้องขอ () แทนการลบข้อมูล..... ที่ถูกประมวลผลโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย/หมดความจำเป็นในการจัดเก็บ

รายละเอียดการใช้สิทธิเพิ่มเติม (ถ้ามี) คำชี้แจง: ท่านสามารถกรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในการขอใช้สิทธิของท่านข้างต้น อาทิ ชื่อเอกสาร/แหล่งที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ วันที่เอกสาร รายการข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิ และรายละเอียดอื่น ๆ ได้ที่ช่องด้านล่างนี้ เพื่อให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการตามคำขอของท่านได้อย่างถูกต้อง

	ชื่องาน : แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ 1 ต.ค. 65
	ชั้นความลับ:ใช้ภายนอก	รหัสเอกสาร : F-PA-CL-01.01Rev.00	หน้าที่ 4 ของ 5

ส่วนที่ 4 ช่องทางตอบรับผลการพิจารณา

ส่งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามรายละเอียดที่ระบุในส่วนที่ 1 ทาง ☐ ไปรษณีย์ ☐ อีเมล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะแจ้งผลการพิจารณาและการดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอครบถ้วน หรือวันที่ยื่นเอกสารประกอบเพิ่มเติมครบถ้วน (แล้วแต่กรณี) อย่างไรก็ตาม กรณีที่มีเหตุจำเป็น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขอสงวนสิทธิในการขยายระยะเวลาดังกล่าวโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะแจ้งให้ท่านทราบภายในระยะเวลา 30 วันดังกล่าวข้างต้น พร้อมเหตุผลประกอบทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด

ส่วนที่ 5 เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

โปรดยื่นเอกสารประกอบตามที่กำหนดในส่วนนี้ พร้อมทั้งแบบคำขอฉบับนี้

เอกสารประกอบของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เอกสารประกอบกรณีเจ้าของข้อมูลเป็นผู้เยาว์/คนเสมือนไร้ความสามารถ/คนไร้ความสามารถ	
☐	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	☐	หนังสือให้ความยินยอมและสำเนาบัตรประชาชนของผู้ใช้อำนาจปกครอง
☐	สำเนาเอกสารยืนยันการเปลี่ยนชื่อ (ถ้ามี)	☐	หนังสือให้ความยินยอม สำเนาบัตรประชาชนของผู้พิทักษ์และคำพิพากษา/คำสั่งศาลถึงที่สุดแต่งตั้งให้เป็นผู้พิทักษ์
เอกสารประกอบของผู้รับมอบอำนาจ		☐	สำเนาบัตรประชาชนผู้อนุญาต และสำเนาคำพิพากษา/คำสั่งศาลถึงที่สุดแต่งตั้งให้เป็นผู้อนุญาต
☐	หนังสือมอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ		

ส่วนที่ 6 เงื่อนไขและข้อสงวนสิทธิ

- 6.1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจปฏิเสธการดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และตามกฎหมายอื่นใดที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลของท่านหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านถูกเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยเพื่อประโยชน์สาธารณะหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ประโยชน์สาธารณะด้านการสาธารณสุข การควบคุมโรคติดต่อ หรือประโยชน์สาธารณะที่สำคัญอื่น ๆ เป็นต้น
- 6.2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขอสงวนสิทธิในการคิดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 6.3 ข้อมูลส่วนบุคคลที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรวบรวมและจัดเก็บภายใต้คำขอฉบับนี้ จะถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาดำเนินการตามสิทธิที่ท่านร้องขอ แจ้งผลการพิจารณา ติดต่อเพื่อขอเอกสารประกอบเพิ่มเติม และ/หรือเพื่อการอื่นใดเฉพาะเท่าที่จำเป็น เพื่อดำเนินการตามสิทธิที่ท่านร้องขอเท่านั้น โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุดในกรณีที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

หมายเหตุ : เอกสารนี้ถูกควบคุมในระดับ [ลับมาก] เมื่อข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบฟอร์ม

	ชื่องาน : แบบคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล		เริ่มใช้ 1 ต.ค. 65
	ชั้นความลับ:ใช้ภายนอก	รหัสเอกสาร : F-PA-CL-01.01Rev.00	หน้าที่ 5 ของ 5

ส่วนที่ 7 การรับทราบและยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่แท้จริง (แล้วแต่กรณี) และข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในคำขอฉบับนี้และเอกสารประกอบทั้งหมดเป็นข้อมูลและเอกสารที่ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการตรวจสอบเพื่อยืนยันตัวตนและอำนาจทำการแทนเป็นการจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพิจารณาดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอ หากข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่ผิดพลาดด้วยเจตนาทุจริตสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจใช้สิทธิดำเนินการใด ๆ ตามกฎหมายแก่ข้าพเจ้า

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความทั้งหมดในแบบคำขอฉบับนี้โดยละเอียดถี่ถ้วนและเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดเป็นอย่างดีแล้วในการนี้ จึงได้ลงนามไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

วันที่ได้รับคำร้องขอ

วันที่บันทึกในระบบ

วันที่มีหนังสือตอบรับ

ผลการพิจารณา

เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี)

เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ