

Formulário de Exercício de Direitos do Titular

I. Preencha seus dados de identificação:

Nome		
CPF	E-mail	
Logradouro	N°	
Bairro	CEP	Cidade/UF

II. Marque o(s) tipo(s) de solicitação desejado(s) (art. 18, Lei n°. 13.709/2018):

- Confirmação da existência de tratamento
- Acesso aos dados tratados
- Revogação de consentimento
- Retificação/correção de dados pessoais
- Eliminação de dados pessoais
- Anonimização ou bloqueio de dados pessoais
- Portabilidade de dados pessoais
- Revisão de decisões tomadas com base em tratamento automatizado
- Informação das entidades com as quais foi realizado compartilhamento de dados

III. Marque o formato de resposta desejada em caso solicitação de confirmação e/ou acesso:

- Declaração simplificada
- Declaração clara e completa

IV. Marque o meio de resposta desejada em caso solicitação de confirmação e/ou acesso:

- Eletrônico (.pdf via e-mail)
- Impresso (retirada pessoal pelo solicitante)

V. Especifique e fundamente sua solicitação:

Ao assinar o presente documento, DECLARO: **a)** que li e entendi os termos deste pedido, bem como os termos da política de privacidade disponível em <https://laboratorioexame.com/politicadeprivacidade>; **b)** que as informações ora fornecidas são verdadeiras; **c)** que sou o titular dos dados objeto da presente solicitação; **d)** que estou ciente de que não serão fornecidas respostas que atentem contra segredos comercial e industrial; **e)** que a organização poderá solicitar informações complementares e documentos para fins de confirmação de minha identidade, assim como informações mais detalhadas a fim de possibilitar a localização dos dados pessoais objeto da presente.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Depois de preenchido, este formulário deve ser enviado por e-mail para contato@sesmtocupacional.com.br ou enviado para a Avenida Fernando Corrêa da Costa, 1840, Vila Carvalho, Campo Grande/MS, CEP 79004-311.