

Rekisterinpitäjän nimi ja osoite	Niuvanniemen sairaala Niuvankuja 65 70240 KUOPIO		
Rekisteri			
Pyyntö	Haluan tietää, onko henkilötietojani käsitelty laillisesti. Haluan tiedot seuraavalta ajanjaksolta ___/___ 20___ – ___/___ 20___		
Pyynnön esittäjä	Nimi		
	Muut yksilöintitiedot (esim. henkilötunnus)		
	Osoite		
	Muut yhteystiedot (esim. puhelin)		
	Päiväys	Pyynnön esittäjän allekirjoitus ja nimenselvennys	
Tietojen antaja	Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvennys	Allekirjoittajan virkanimike