****

 **แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Dentistry, KKU Data Subject Rights Request Form)**

**..................................................**

 วันที่...........................................................

 ตามประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 267/2566) เรื่อง ความเป็นส่วนตัว
ด้านข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Notice) คณะทันตแพยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2566 และประกาศ
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ 68/2566) เรื่อง ความเป็นส่วนตัวด้านข้อมูลส่วนบุคคล(Privacy Notice) ของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2566

ประกอบด้วยพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
ในการขอใช้สิทธิอันเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล มหาวิทยาลัยขอนแก่น (มหาวิทยาลัย) ในฐานะที่เป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน จึงได้จัดทำแบบคำร้องฉบับนี้ เพื่อให้ท่านสามารถดำเนินการใช้สิทธิของท่าน
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

 ดังนั้น หากท่านประสงค์จะใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว โปรดกรอกรายละเอียด
ในแบบคำร้องฉบับนี้ และยื่นคำขอนี้ได้ด้วยตนเองตามช่องทางใดช่องทางหนึ่งที่ระบุไว้ท้ายแบบคำร้องนี้

|  |
| --- |
|  **ข้อมูลผู้ยื่นคำร้องขอ**  |
| ชื่อ-นามสกุล …………………………………….…………………………………หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน …………………………………….…………………………………เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ …………………………………….…………………………………ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) …………………………………….………………………………… |
| **ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่** |
| ❒ ผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล❒ ผู้ยื่นคำร้องเป็นผู้แทนของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (โปรดระบุรายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล) รายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อ-นามสกุล …………………………………….…………………………………………… ที่อยู่ ……………………………………………………………….………………… เบอร์โทรศัพท์ …………………………………………………………………………………. ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **เอกสารประกอบการขอใช้สิทธิ** |
| 1. กรณี ผู้ขอใช้สิทธิเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล กรุณาแนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องเพื่อประกอบคำร้อง ดังนี้ ❒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญญาชาติไทย) สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญญาชาติไทย)❒ สำเนาเอกสารหลักฐานอื่นที่ทางราชการออกให้ ซึ่งสามารถใช้รับรองตัวตนได้2. กรณี ผู้ขอใช้สิทธิเป็นผู้ดำเนินการแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล กรุณาแนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง เพื่อประกอบคำร้อง ดังนี้ ❒  หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องใช้สิทธิแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบคำร้องขอฉบับนี้ ซึ่งลงนามโดยเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้ยื่นคำร้องและลงวันที่ก่อนวันที่ยื่น |
| **โปรดระบุสถานะความสัมพันธ์ของท่านที่มีต่อคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** |
| ❒  นักศึกษา / ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน / ผู้เข้าชมเว็บไซต์❒  ผู้เข้ารับบริการ โรงพยาบาลทันตกรรม/คลินิกทันตกรรมพิเศษ(นอกเวลา)❒  บุคลากร/เจ้าหน้าที่ของคณะฯ❒  ผู้สมัครงาน❒  คู่สัญญา/ผู้รับเหมา❒  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .................................................................... |
| **โปรดระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ** |
| ❒  เพิกถอนความยินยอม❒  ขอเข้าถึงหรือรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงขอให้คณะฯเปิดเผยที่มาของข้อมูลที่ท่านไม่ได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม❒  ขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล❒  ขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล❒  ขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล❒  ขอระงับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล❒  ขอให้คณะฯโอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลรายอื่น |

|  |
| --- |
| **โปรดระบุวัตถุประสงค์ รายละเอียดส่วนบุคคลที่ท่านขอใช้สิทธิและเหตุผลประกอบคำร้องขอของท่าน** |
| …………….……………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………………………...……………..………...……………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………...……………………………...………......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**ช่องทางยื่นคำร้องขอให้สิทธิ (1) อธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น**

 เลขที่ 123 หมู่ที่ 16 อาคารสิริคุณากร สำนักงานอธิการบดี ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

 **(2) เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลประจำมหาวิทยาลัยขอนแก่น (DPO)**

 **(3) คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 3.1สำนักงานคณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ ชั้น 2เลขที่ 123 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 043-202-405

3.2 นางสาววรินทิพญ์ ศรีสุพัฒน์ หน่วยทรัพยากรบุคคลและสารบรรณ ชั้น 2 สำนักงานคณบดี

 3.3 นางสาวจิรภา วรรณคำ หัวหน้างานการศึกษา ชั้น 1 สำนักงานคณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์

 3.4 นางสาวสรัลภัทร ยิ่งยืน งานวิจัย บัณฑิตศึกษาฯ ชั้น 2 สำนักงานคณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์

 3.5 นายจักรวุธ ศรีพิมพ์มาตย์ ห้องเวชระเบียน ชั้น 1 โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

**หมายเหตุ**

 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอสงวนสิทธิในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่าน
ได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิในการดำเนินคดี
ตามกฎหมาย หากพบว่าข้อมูลที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอนี้ ไม่เป็นความจริงโดยเจตนาทุจริตการใช้สิทธิของท่านอาจมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย กฎ หรือระเบียบอื่น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพิจารณาคำขอเป็นรายกรณีไป คณะฯ ขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอของท่านอย่างครบถ้วน เพื่อให้คณะฯ สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง คณะฯ ขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธคำขอของท่าน
ในกรณีที่คณะฯ มีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิของท่านอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญากับคณะฯ
ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้มหาวิทยาลัยไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้ โดยคณะฯ จะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขอ
พร้อมเหตุผล และข้อมูลประกอบคำขอต่าง ๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้
ขอสงวนสิทธิในการขยายระยะเวลาดังกล่าวออกไป หากคณะฯ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบ
การดำเนินการ ในกรณีที่คณะฯ มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิของท่าน คณะฯ จะแจ้งเหตุผลการปฏิเสธแก่ท่านทราบทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)ที่ท่านได้ให้ข้อมูลไว้

คณะทันตแพทยศาสตร์ เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบเพื่อยืนยันสิทธิของท่านทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้แทน และดำเนินการตามคำขอ
ใช้สิทธิของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคลหรือนิติบุคคลอื่น
ที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่าคณะฯ
จะปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของ
ข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุดในกรณีที่คณะฯ ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควร
ตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ได้แจ้งแก่
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยัน
และรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุข้างล่างนี้

.......................................................... ผู้ยื่นคำร้องขอ

 (...........................................................................................)

 วันที่.....................................................

|  |
| --- |
|  **\* สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น** |
| วันที่ได้รับคำร้องขอ ………………………………………..........................................................................วันที่บันทึกในระบบ ………………………………………......................................................................…วันที่มีหนังสือตอบรับ …………………………………......................................................................………ผลการพิจารณา ……………………………….....................................................................…………เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี) ……………………………….............................................................…………เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ ………………………….......................................................................……………... |