แบบคำร้องขออนุญาตดูหรือขอสำเนาภาพและวิดีโอกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV)
บริเวณพื้นที่ในความรับผิดชอบของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขออนุญาตดูหรือขอสำเนาภาพและวิดีโอกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) บริเวณพื้นที่ในความรับผิดชอบของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะ

☐ ขออนุญาตดูภาพและวิดีโอกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) ☐ ขอสำเนาภาพและวิดีโอกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) พื้นที่อาคารนวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพผู้สูงวัย บริเวณ.....ในวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ระหว่างเวลา.....น. ถึงเวลา.....น. (โดยประมาณ) เนื่องจาก/ตามที่มีเหตุ.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าจะไม่นำข้อมูลที่ได้รับไปเผยแพร่หรือแสวงหาประโยชน์ในทางที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย และในกรณีที่เกิดความเสียหายต่อสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลดังกล่าว ข้าพเจ้าขอยินยอมรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวในทุกกรณี

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวม ประมวลผล ใช้และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 หรือกฎหมาย/ระเบียบข้อบังคับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบดังนี้

☐ หลักฐานการแจ้งความร้องทุกข์จากสถานีตำรวจ

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำร้องพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

☐ อุปกรณ์บันทึกสำเนาภาพและวิดีโอ (USB Flash Drive หรือ External Hard Drive) โดยจะต้องเป็นของใหม่

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ความเห็นผู้อนุญาต	**การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ประจำห้องควบคุม**
☐ อนุญาต	☐ ดำเนินการเรียบร้อย เมื่อวันที่.....
☐ ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....	☐ ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)