

วันที่.....

### 1. ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้อง

ชื่อ: .....  
ที่อยู่: .....  
เบอร์ติดต่อ: .....  
Email: .....

### 2. ผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลหรือไม่

- ผู้ยื่นคำร้องเป็นบุคคลเดียวกับเจ้าของข้อมูล  
 ผู้ยื่นคำร้องเป็นตัวแทนของเจ้าของข้อมูล

#### รายละเอียดเจ้าของข้อมูล

ชื่อ: .....  
ที่อยู่: .....  
เบอร์ติดต่อ: .....  
Email: .....

### 3. เอกสารประกอบคำร้องขอ

ผู้ยื่นคำร้องได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้ เพื่อการตรวจสอบตัวตนของเจ้าของข้อมูลและผู้ยื่น คำร้อง (ในกรณีที่ผู้ยื่น คำร้องเป็นตัวแทนของเจ้าของข้อมูล) รวมถึงอำนาจในการยื่นคำร้องขอฉบับ นี้ เพื่อให้คลินิกทันตกรรม แอท ยู เคน ทัล (“คลินิก”) สามารถดำเนินการตามสิทธิที่ร้องขอได้อย่างถูกต้อง

#### เอกสารพิสูจน์ตัวตนของเจ้าของข้อมูลและผู้ยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย)  
 สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)  
 อื่น ๆ เช่น สำเนาใบอนุญาตขับขี่ (ในกรณีที่ไม่สามารถให้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนา หนังสือเดินทางได้)

#### เอกสารพิสูจน์อำนาจดำเนินการแทน (เฉพาะในกรณีที่ผู้ยื่นคำร้องเป็นตัวแทนของเจ้าของ ข้อมูล)

- หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องดำเนินการติดต่อร้องขอใช้สิทธิ แทนเจ้าของ ข้อมูลตาม คำร้องขอ ฉบับนี้ ซึ่งลงนามโดยเจ้าของข้อมูลและผู้ยื่นคำร้อง และลงวันที่ก่อนวันที่ยื่น คำร้องขอฉบับนี้

ทั้งนี้ คลินิกขอสงวนสิทธิในการสอบถามข้อมูล หรือเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำร้อง ตามที่คลินิกเห็นสมควร หากข้อมูลที่ได้รับไม่สามารถแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนได้ว่าผู้ยื่นคำร้องเป็น เจ้าของข้อมูลหรือมีอำนาจในการยื่น คำร้องขอดังกล่าว คลินิกขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธคำร้องขอ ของผู้ยื่นคำร้อง

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าของข้อมูลกับคลินิก**

เจ้าของข้อมูลเป็นลูกค้า หรือผู้ถือหุ้น กรรมการ หรือพนักงานของลูกค้าของคลินิก (โปรดระบุชื่อบริษัทลูกค้า)

---

เจ้าของข้อมูลเป็นคู่ค้า หรือผู้ถือหุ้น กรรมการ หรือพนักงานของคู่ค้าของคลินิก (โปรด ระบุชื่อบริษัทคู่ค้า)

---

เจ้าของข้อมูลเป็นผู้ถือหุ้น กรรมการ หรือพนักงานของคลินิก (โปรดระบุชื่อตำแหน่งงาน ของเจ้าของข้อมูลในคลินิก)

---

เจ้าของข้อมูลเป็นผู้สมัครงานเพื่อตำแหน่งงานที่คลินิก (โปรดระบุชื่อตำแหน่งงานที่ เจ้าของข้อมูลสมัครกับคลินิก)

---

อื่นๆ(โปรดระบุ)

---

**5. สิทธิของเจ้าของข้อมูลที่ประสงค์จะใช้**

สิทธิในการถอนความยินยอม

สิทธิในการเข้าถึงข้อมูล

สิทธิในการเคลื่อนย้ายข้อมูล

สิทธิคัดค้านการเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล

สิทธิขอให้ลบข้อมูลส่วนบุคคล

สิทธิในการขอให้ระงับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

สิทธิในการขอให้แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้อง

สิทธิในการร้องเรียน ในกรณีที่เจ้าของข้อมูลเห็นว่าคลินิก หรือพนักงานหรือผู้ค้าของ คลินิกฝ่าฝืนพระราชบัญญัติ

คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 (“พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล”) หรือ ประกาศที่ ออกตาม พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

**6. รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิ**

ข้อมูลส่วนบุคคล	การดำเนินการที่ร้องขอ

กรุณาชี้แจงเหตุผลประกอบในการร้องขอข้างต้น พร้อมทั้งเอกสาร ข้อมูล หลักฐานประกอบ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ คลินิกดำเนินการตอบสนองต่อคำร้องขอของผู้ยื่นคำร้องต่อไป

---



---

## 7. ข้อสงวนสิทธิของคลินิก

คลินิก ขอแจ้งให้ผู้ยื่นคำร้องทราบว่า หากเกิดกรณีดังต่อไปนี้ คลินิก อาจจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้อง ขอของ ผู้ยื่นคำร้อง เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ยื่นคำร้องไม่สามารถแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนได้ว่าผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูลหรือมี อำนาจในการยื่นคำร้องขอดังกล่าว
2. คำร้องขอดังกล่าวไม่สมเหตุสมผล เช่น กรณีไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ที่คลินิก หรือเจ้าของ ข้อมูลไม่มีสิทธิตามที่ร้องขอ เป็นต้น
3. คำร้องขอดังกล่าวเป็นคำร้องขอฟุ่มเฟือย เช่น เป็นคำร้องขอที่มีลักษณะเดียวกัน หรือ มี เนื้อหาเดียวกัน ซ้ำซ้อนกันโดย ไม่มีเหตุอันสมควร
4. ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ถูกทำลาย ลบ หรือถูกทำให้เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวตน ของท่านตามแนวทางและวิธีปฏิบัติของ การเก็บรักษาข้อมูลของคลินิกทันตกรรมแล้ว
5. การเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลนั้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการใช้เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น หรือ ที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย หรือสถิติซึ่งได้จัดให้มี มาตรการปกป้องที่เหมาะสมเพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของเจตนาของข้อมูล หรือ เป็นการจำเป็นเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ใน การดำเนินการกิจเพื่อประโยชน์สาธารณะของเรา หรือ การใช้อำนาจรัฐที่ได้มอบหมายให้แก่ เรา หรือเป็นการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็น ข้อมูลอ่อนไหว (sensitive data) ที่เป็นการ จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในด้านเวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ ประโยชน์สาธารณะด้านการสาธารณสุข ตามมาตรา 26 (5) (ก) และ (ข) แห่งพระราชบัญญัติ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ โดยปกติคลินิก จะไม่คิดค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูล อย่างไรก็ตาม หากปรากฏอย่างชัดเจนว่าคำ ร้องขอดังกล่าวเป็นคำร้องขอที่ไม่สมเหตุสมผล หรือ คำร้องขอที่ซ้ำซ้อนเกินสมควร คลินิก อาจคิดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามสมควร อนึ่ง ในกรณีที่คลินิกปฏิเสธไม่ดำเนินการตาม คำร้องขอของผู้ยื่นคำร้อง ผู้ยื่นคำร้องสามารถร้องเรียนต่อ คณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาเหตุผลในการร้องขอตามสิทธิของเจ้าของข้อมูลเรียบร้อยแล้ว คลินิก จะแจ้งผลในการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำร้องและเจ้าของข้อมูลทราบและดำเนินการที่เกี่ยวข้อง ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับคำร้องขอที่สมบูรณ์ และสามารถพิสูจน์การยืนยันตัวตนของ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งยื่นคำร้องขอใช้สิทธิได้อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี อาจใช้เวลา มากกว่า 30 วัน หาก คำขอของผู้ยื่นคำร้องมีความซับซ้อน หรือมีการยื่นคำขอหลายคำขอ โดยในกรณีเช่นนี้ คลินิกจะแจ้งผู้ยื่นคำร้องและคอยรายงานความคืบหน้าให้ทราบ

## 8. การรับทราบและยินยอม

ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลและ/หรือผู้ยื่นคำร้องซึ่งเป็นตัวแทนของเจ้าของข้อมูลที่ คลินิก เก็บรวบรวมได้จากคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลฉบับนี้ จะถูกนำไปใช้เพื่อดำเนินการ ตามคำร้องขอใช้สิทธิของ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เท่านั้น โดยข้อมูลในคำร้องขอใช้สิทธิ ฉบับนี้ อาจถูกเปิดเผยไปยัง คลินิกในเครือ เท่าที่ จำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะถูก เก็บรวบรวมไว้จนกว่าคลินิก จะปฏิบัติตามคำร้องขอของเจ้าของข้อมูลเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือ ปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของ ข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุดในกรณีที่คลินิก ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของเจ้าของ ข้อมูลได้โดยมี เหตุผลอันสมควรตามที่พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนด



## คำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของคำร้องขอฉบับนี้อย่างละเอียดแล้ว และยืนยันว่าข้อมูล ต่างๆ ที่ได้แจ้งให้แก่วินิจฉัยกรณานั้นเป็นความจริง ถูกต้อง ผู้ยื่นคำร้องเข้าใจดีว่าการตรวจสอบเพื่อยืนยันอำนาจและตัวตนของผู้ยื่นคำร้องและเจ้าของข้อมูลนั้นเป็นการจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพิจารณา ดำเนินการตามคำร้องขอของผู้ยื่นคำร้อง หากผู้ยื่นคำร้องให้ข้อมูลที่ผิดพลาดด้วยเจตนาทุจริต วินิจฉัยกรณาดำเนินคดีตามกฎหมายกับผู้ยื่นคำร้อง และคลินิกอาจขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำร้อง เพื่อการตรวจสอบดังกล่าว เพื่อให้การดำเนินการตามสิทธิของเจ้าของข้อมูล เป็นไปได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนต่อไป

ลงนาม ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

หมายเหตุ: กรุณาส่งแบบคำร้องขอที่ได้กรอกข้อมูลโดยครบถ้วน พร้อมทั้งเอกสารประกอบทั้งหมดให้ คลินิก ที่ [email HR.atudentalth.com](mailto:HR.atudentalth.com) (สำหรับลูกค้า) หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดในการกรอกแบบคำขอ กรุณาติดต่อคลินิก ที่ อีเมลด้านบน หรือโทร.0-2096-4435 (สำหรับลูกค้า) หรือ 0-2096-4435 ต่อ 5 (สำหรับ พนักงานและทันตแพทย์)