

## BEGÄRAN OM REGISTERUTDRAG ENLIGT DATASKYDDSFÖRORDNINGEN ARTIKEL 15

Enligt Dataskyddsförordningen artikel 15 har du rätt att få information om vilka personuppgifter som behandlas om ditt barn inom Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län. Ansökan måste vara skriftlig och undertecknad av vårdnadshavare och kan göras via denna blankett eller egenhändigt brev. Finns det två vårdnadshavare måste båda underteckna ansökan. Bifoga även en kopia på giltig legitimation. Handläggningstid ca 1 månad.

### BARNETS PERSONUPPGIFTER

---

Personnummer:

---

För och efternamn:

### Vårdnadshavare 1

---

Personnummer:

---

För och efternamn:

---

Adress:

---

Postadress:

---

Telefonnummer dagtid:

Vårdnadshavare 2

---

Personnummer:

---

För och efternamn:

---

Adress:

---

Postadress:

---

Telefonnummer dagtid:

JAG ÖNSKAR TA DEL AV FÖLJANDE TIDSPERIOD

---

Från år, månad:

---

Till år, månad:

---

## REGISTER JAG ÖNSKAR UTDRAG UR

Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län består av länets sju kommuner samt Region Västernorrland. Din Tur är namnet på det transportkoncept som vi erbjuder länets kollektivtrafikresenärer. I konceptet ingår buss-, taxi- och tågtrafik samt Beställningscentralen för färdtjänst- och sjukresor.

Nedan finns exempel på register eller system inom Kommunalförbundet Kollektivtrafikmyndigheten i Västernorrlands län. Det finns ingen sammankoppling mellan merparten av dessa och det finns därför inget sätt att enkelt söka ut i vilket/vilka register som just du förekommer. Sökning måste därför göras i varje enskilt register. Tänk därför noga igenom vilka uppgifter som du har behov av.

## EXEMPEL PÅ REGISTER SOM INNEHÅLLER PERSONUPPGIFTER

- Diariet
- Färdtjänst
- Reskort
- Respons
- Sjukresor
- Skolkort
- Webbshop

Önskar sökning ur samtliga register skriv "Allt"

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## UNDERSKRIFT

Jag begär att registerutdrag enligt ovanstående beskrivna omfattning skickas med rekommenderad post till min adress.

Vårdnadshavare 1

ORT OCH DATUM	UNDERSKRIFT
---------------	-------------

Vårdnadshavare 2

ORT OCH DATUM	UNDERSKRIFT
---------------	-------------

Blanketten fylls i, undertecknas och skickas till: Din Tur, Registrator, Box 143, 841 22 Ånge.