

หนังสือยินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ปกป้อง
การล่วงละเมิดและคุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล ได้กำหนดหลักการให้การเก็บรวบรวม ใช้
หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลจะต้องขอความยินยอมพร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทราบ
โดยชัดแจ้ง จะทำเป็นหนังสือหรือทำผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้

โดยหนังสือฉบับนี้ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ซึ่งมีภารกิจในด้านการจัดการศึกษา
ฝึกอบรม การวิจัย และบริการทางวิชาการและวิชาชีพ มีความประสงค์ขอความยินยอมเก็บรวบรวมข้อมูลส่วน
บุคคล สำหรับผู้ที่เข้ารับการศึกษ ฝึกอบรม และผู้ขอรับบริการทางวิชาการและวิชาชีพจากวิทยาลัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการจัดการศึกษา การฝึกอบรม การวิจัยและบริการ
ทางวิชาการและวิชาชีพ

ข้าพเจ้า (ชื่อ - นามสกุล) เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ดังนี้

๑. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้โดยตรงในขณะที่สมัครเข้าศึกษา หรือ
ที่เกิดขึ้นในระหว่างการเป็นนักศึกษาของวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ เป็นต้นว่า ข้อมูลประวัติ
และเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา ข้อมูลที่ใช้เกี่ยวกับสวัสดิการ บุคคลในครอบครัว สุขภาพ
พลานามัย รูปถ่าย และข้อมูลอื่นที่จำเป็นต้องใช้เกี่ยวกับการดำเนินการจัดการศึกษา

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้ไว้ต่อวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
เป็นข้อมูลที่ต้องแท้จริงหากเกิดความเสียหายใดๆอันเนื่องมาจากการให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบ
ในความเสียหายที่เกิดขึ้น

๒. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า จากแหล่งอื่นได้ เป็นต้นว่า ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ สถานศึกษา ของรัฐและเอกชน

๓. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ เก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า トラบเท่าที่วัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ยังคงมีอยู่ เว้นแต่กรณีจำเป็นต้องเก็บรักษาข้อมูลต่อไปตามที่กฎหมายกำหนด

๔. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ และผู้ปฏิบัติงานอื่นของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์นำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่เก็บรวบรวมไปใช้ในการดำเนินการ ในด้านการจัดการศึกษา และกิจการอื่นใดที่เกี่ยวข้องของราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

๕. ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าให้แก่หน่วยงานภายนอกตามกฎหมาย และหน่วยงานของรัฐ

๖. ในกรณีที่วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์มีความจำเป็นต้องส่งหรือโอนข้อมูล ส่วนบุคคลไปยังต่างประเทศ (ถ้ามี) วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์จะขอความยินยอมจาก ข้าพเจ้าอีกครั้ง

๗. วิธีการเพิกถอนความยินยอมและผลการเพิกถอนความยินยอม

ข้าพเจ้าอาจเพิกถอนความยินยอมทั้งหมดหรือส่วนใดส่วนหนึ่งตามหนังสือฉบับนี้โดยข้าพเจ้า จะแจ้งให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ทราบเป็นหนังสือและวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ อาจขอทราบถึงเหตุผลแห่งการนั้น

การเพิกถอนความยินยอมของข้าพเจ้าไม่มีผลกระทบต่อกรดำเนินการใดๆ ที่วิทยาลัย วิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ได้ดำเนินการไปแล้ว

ในกรณีที่ การเพิกถอนความยินยอมเกิดผลกระทบต่อสิทธิหรือหน้าที่ใดๆของข้าพเจ้า ข้าพเจ้า ยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนั้นได้

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความดังกล่าวโดยตลอดแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ขอรับรองว่าผู้มีสิทธิให้ความยินยอมได้ให้ความยินยอมต่อหน้าพยานจริง

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

หมายเหตุ ในกรณีที่คณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการใดๆ ในอนาคตที่มีผลทำให้การให้ความยินยอมตามหนังสือฉบับนี้จะต้องเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง หรือแก้ไข เพื่อให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการดังกล่าว ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ดำเนินการจัดทำหนังสือยินยอมขึ้นใหม่

สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ขอเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ วิทยาลัย วิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ หรือขอให้เปิดเผยถึงการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวที่ตนไม่ได้ให้ ความยินยอม

๒. แจ้งให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ดำเนินการแก้ไขให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้น ถูกต้องเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด

๓. ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนจากวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ได้ในกรณีที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ได้ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ในรูปแบบที่สามารถอ่านหรือใช้ งานโดยทั่วไปได้ด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยอัตโนมัติ และสามารถใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลได้ ด้วยวิธีการอัตโนมัติ

๔. คัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน ที่กฎหมายอนุญาตให้เก็บได้โดย ไม่ต้องได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล เมื่อใดก็ได้ เว้นแต่เป็นกรณีที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมาย

๕. ขอให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ดำเนินการลบหรือทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วน บุคคลเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ ในกรณีตามที่กฎหมายกำหนด

๖. ขอให้วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลได้ในกรณีตามที่ กฎหมายกำหนด

๗. ถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินการใดๆ ที่วิทยาลัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ได้ดำเนินการไปแล้ว หากการเพิกถอนความยินยอมเกิดผลกระทบต่อสิทธิหรือหน้าที่ ใดๆของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนั้นได้

๘. ร้องเรียนต่อคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญที่คณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลแต่งตั้งขึ้น ในกรณีที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ หรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งลูกจ้างหรือผู้รับจ้างของ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๙. สิทธิในการให้โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคล