

แบบฟอร์มการแจ้งเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล

Data Breach Incident Report Form

วันที่

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนดให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล มีหน้าที่แจ้งเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล แก่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ชักช้า ภายในเจ็ดสิบสองชั่วโมง นับแต่ทราบเหตุเท่าที่จะสามารถกระทำได้ เว้นแต่การละเมิดดังกล่าวไม่มีความเสี่ยงที่จะมีผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ดังนั้น เพื่อให้ทางเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สามารถดำเนินการตามบทบัญญัติดังกล่าว โปรดกรอกเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นหรือพบเห็น ลงในแบบฟอร์มนี้ เพื่อให้ทางสภาเภสัชกรรมตรวจสอบ และแจ้งผลต่อไป

| ข้อมูลผู้ร้องเรียน | |
|---|-------|
| ชื่อ-นามสกุล | ..... |
| เลขบัตรประจำตัวประชาชน | ..... |
| เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ | ..... |
| อีเมล | ..... |
| <input type="checkbox"/> พบเหตุละเมิด และเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลแจ้งเหตุด้วยตนเอง | |
| <input type="checkbox"/> แจ้งเหตุละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลโดยผู้แทน (โปรดระบุรายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล) | |
| <u>รายละเอียดของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล</u> | |
| ชื่อ-นามสกุล | ..... |
| ที่อยู่ | ..... |
| เบอร์โทรศัพท์ | ..... |
| อีเมล | ..... |

เอกสารประกอบการขอใช้สิทธิ

เอกสารเพื่อยืนยันตัวตนของผู้ยื่นคำร้อง

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย)
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

เอกสารประกอบการดำเนินการแทน (เฉพาะกรณียื่นคำร้องแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล)

- หนังสือมอบอำนาจที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องใช้สิทธิแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ตามแบบคำร้องขอฉบับนี้ ซึ่งลงนามโดยเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้ยื่นคำร้องและลงวันที่ก่อนวันที่ยื่น โดยเนื้อความอย่างน้อยต้องระบุว่า “ให้อำนาจผู้ยื่นคำร้องในการดำเนินการติดต่อร้องขออนุญาตใช้สิทธิ (ระบุชื่อสิทธิ) ในข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลผู้มอบอำนาจต่อสภาเภสัชกรรม รวมถึงดำเนินการที่เกี่ยวข้องจนเสร็จสิ้น”
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีสัญชาติไทย)
- สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีไม่มีสัญชาติไทย)

โปรดระบุเหตุละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นหรือพบเห็น

ประมาณการวัน เวลา ที่พบเหตุการณ์ละเมิดข้อมูล
 ประมาณการวัน เวลา ที่เริ่มต้นของเหตุการณ์ละเมิด
 สถานที่เกิดเหตุการณ์ละเมิดของข้อมูล

วันที่.....เวลา.....
 วันที่.....เวลา.....

ประเภทของเจ้าของข้อมูล

- สมาชิกสภาเภสัชกรรม
- คู่สัญญา/คู่ค้า/ผู้สมัครงาน
- ผู้ติดต่อ/ผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน/ผู้เข้าชมเว็บไซต์
- เจ้าหน้าที่สภาเภสัชกรรม
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)

โปรแกรมระบุเหตุละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นหรือพบเห็น

| | |
|---|--|
| <p>ลักษณะเหตุการณ์ละเมิดข้อมูล</p> | <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้ปกปิดข้อมูล</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งข้อมูล หรือ ส่งอีเมล หรือ ส่งเอกสารผิด</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารหาย หรือ ถูกขโมย</p> <p><input type="checkbox"/> ถูกเจาะระบบข้อมูล</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)</p> |
| <p>ประเภทของข้อมูลส่วนบุคคลที่ถูกละเมิด</p> | <p><input type="checkbox"/> ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ-นามสกุล อีเมล เบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน วันเดือนปีเกิด เป็นต้น</p> <p><input type="checkbox"/> ข้อมูลอ่อนไหว เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ประวัติอาชญากรรม ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นต้น</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารราชการ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน เลขหนังสือเดินทาง เลขใบอนุญาตขับขี่ บัตรข้าราชการ เป็นต้น</p> <p><input type="checkbox"/> ข้อมูลทางการเงิน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....</p> <p>.....</p> |
| <p>ประมาณการความเสี่ยงต่อเจ้าของข้อมูล</p> | <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความเสี่ยง</p> <p><input type="checkbox"/> ความเสี่ยงต่ำ</p> <p><input type="checkbox"/> ความเสี่ยงปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> ความเสี่ยงสูง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้</p> |
| <p>ประมาณการจำนวนข้อมูลที่ถูกละเมิด</p> | <p>.....</p> |

| โป้รตระบุเหตุละเมิดข้อมูลส่วนบุคคคที่เกิดขึ้นหรือพบเห็น | |
|---|--|
| คุณทราบเหตุละเมิดได้ยั่ไร (เช่น พบการเข้าถึงระบบใน Log File ว่าถูกเข้าถึงโดย บุคคคที่ไม่มีสิทธิ/ทำอุปกรณั้สูญหาย) | ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... |
| รายละเอียดเหตุการณ์ละเมิดข้อมูล (โป้รตระบุสาระสำคั้ญ พร้อมแนบเอกสารเพิ่มเติมได้ (ถ้ามี)) | ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... |

ช่องทางยื่นคำร้องขอใช้สิทธิ

1. สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม
 อาคารมิตลลาธิเบศร ชั้น 8 กระจทรวงสารธารณสุข เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
 อำเภอเมือง จั้หวัดนนทบุรี 11000
 Email: pharthai@pharmacycouncil.org
2. เจ้าหน้าที่คั้้มครองข้อมูลส่วนบุคคค (DPO) สภาเภสัชกรรม
 Email: dpo@pharmacycouncil.org

ชื่อเอกสาร : แบบฟอร์มการแจ้งเหตุการณั้ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคค (Data Breach Incident Report Form)

เวอร์ชันกำกับ : Version 1.0

วันที่ออกเอกสาร : กันยายน 2566

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ได้กรอกลงในแบบฟอร์มนี้ รวมถึงเอกสารประกอบทั้งหมดที่ยื่นมาพร้อมแบบฟอร์มนี้ถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบพบว่า ข้าพเจ้าให้ข้อมูลหรือยื่นเอกสารหลักฐานใดที่ไม่ถูกต้องตามความจริง ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

สภาเภสัชกรรม ขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธหรือระงับการปฏิบัติตามคำร้องขอของท่าน กรณีที่ท่านไม่สามารถแสดงหลักฐานให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลหรือมีอำนาจในการยื่นคำร้องขอดังกล่าว หรือไม่มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า มีเหตุการณ์ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล หรือ กรณีอื่น ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด

ลงชื่อ..... ผู้ร้องเรียน

(.....)

วันที่.....

* สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น

วัน เวลาที่ได้รับคำร้องขอ

วันที่ เวลาบันทึกในระบบ

วันที่มีหนังสือตอบรับ

ผลการพิจารณา

เหตุผลในการปฏิเสธ (หากมี)

เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ

มีการแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนแล้ว (กรณีดำเนินการด้วยตนเอง)

มีการแนบหนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจแล้ว (กรณีไม่ได้ดำเนินการด้วยตนเอง)

มีการแนบเอกสาร ข้อมูล หลักฐานประกอบที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิแล้ว

ระบุ.....

.....

.....