



เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

ในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กรมสอบสวนคดีพิเศษ

.....

เรียน อธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล หรือผู้ใช้อำนาจ
ปกครอง/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาล ที่มีอำนาจกระทำการแทน นาย/นาง/นางสาว
หมายเลขโทรศัพท์.....E-mail:.....

“ให้” ความยินยอม

“ไม่ให้” ความยินยอม

แก่กรมสอบสวนคดีพิเศษ ในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า เพื่อใช้ประมวลผล
ข้อมูลส่วนบุคคล ในกิจกรรม/โครงการ/งาน.....ในวัตถุประสงค์

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> การสมัครสมาชิกเครือข่ายDSI | <input type="checkbox"/> แจ้งเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ | <input type="checkbox"/> การจัดซื้อจัดจ้าง |
| <input type="checkbox"/> การขอเข้าพื้นที่ DSI | <input type="checkbox"/> สมัครเข้าฝึกอบรมสัมมนา | <input type="checkbox"/> การเบิกจ่ายเงิน |
| <input type="checkbox"/> การสรรหาบุคลากร | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม | <input type="checkbox"/> จัดทำทะเบียนประวัติ |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | | |

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบายจาก
หน่วยงานถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล)
และมีความเข้าใจดีแล้ว

การที่ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือไม่ให้ความยินยอมในเอกสารฉบับนี้ ดำเนินการด้วยความสมัครใจ
ปราศจากการบังคับหรือชักจูงแต่อย่างใด และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้
เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือตามเงื่อนไขในสัญญา/ข้อตกลงระหว่างข้าพเจ้ากับกรมสอบสวน
คดีพิเศษในส่วนที่ยังเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ

กรณีมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. ทางไปรษณีย์: กรมสอบสวนคดีพิเศษ เลขที่ 128 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่
กรุงเทพฯ 10210 (เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล)
2. ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-mail Address: saraban@dsi.go.th
3. ทางโทรศัพท์: 02 831 9888 ต่อ 51701 โทรสาร: 02 975 9888