**(별지 2) (앞 쪽)**

|  |  |
| --- | --- |
| **개인영상정보(□ 존재확인 □ 열람) 청구서** | 처리기한 |
| 10일 이내 |
| **청 구 인** | **성 명** |  | **전 화 번 호** |  |
| **생년월일** |  | **정보주체와의 관계** |  |
| **주 소** |  |
| **정보주체의****인적사항** | **성 명** |  | **전 화 번 호** |  |
| **생년월일** |  |  |  |
| **주 소** |  |
| **청구내용****(구체적으로 요청하지 않으면 처리가 곤란할 수 있음)** | **영상정보****기록기간** |  (예 : 2024.01.01 18:30 ~ 2024.01.01 19:00) |
| **영상정보****처리기기 설치장소** |  (예 : 주출입구 위쪽 CCTV) |
| **청구 목적 및 사유** |  |
| **「표준 개인정보 보호지침」 제44조에 따라 위와 같이 개인영상정보의 존재 확인, 열람을 청구합니다.** **년 월 일****청구인 (서명 또는 인)** **삼산정신건강복지센터장 귀하** |
| **담당자의 청구인에 대한 확인 서명** |  |