



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

## หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแก่บุคคลที่สาม

เรียน.....

ข้าพเจ้า (๑).....ตกลงยินยอมให้

(๒).....หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของ

(๓).....เปิดเผยข้อมูลด้านการศึกษา

ของข้าพเจ้าให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งในการดำเนินการจัดทำคำสั่งให้ข้าราชการได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นตามคุณวุฒิที่ ก.พ. รับรอง ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้อมูลของข้าพเจ้าที่สถาบันการศึกษาจะเปิดเผย ได้แก่ ชื่อ - นามสกุล ขณะที่ศึกษา หลักสูตรที่ศึกษา ระยะเวลาการศึกษา วุฒิที่สำเร็จการศึกษา วันที่สำเร็จการศึกษา และผลการศึกษา

ลายมือชื่อเจ้าของข้อมูล.....

(.....)

วันที่.....

(วัน/เดือน/ปี ที่ยื่นเอกสาร)

ทั้งนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์และรายละเอียดที่ได้แจ้งให้แก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทราบแล้ว



พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

หมายเหตุ : (๑) ระบุชื่อ - นามสกุล

(๒) ระบุชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษา

(๓) ระบุสถาบันที่สำเร็จการศึกษาตาม (๒)