**PODNOSITELJ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime i prezime

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt

**IZJAVA O PRIVOLI**

ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU OSOBNIH PODATAKA

U SVRHU PROVEDBE NATJEČAJA ZA DODJELU STIPENDIJA ZA 2019.GODINU.

U skladu s odredbama Opće uredbe o zaštiti podataka (EU, 2016/679) i Zakona o provedbi Opće Uredbe o zaštiti osobnih podataka („N.N.“,br. 42./2018) dajem privolu Brodsko-posavskoj županiji, Upravnom odjelu za zdravstvo i socijalnu skrb, za *(označiti znakom X):*

* prikupljanje i obradu mojih podataka u svrhu utvrđivanja rang listi
* objavu osobnih podataka na rang listama koje će biti objavljene na službenoj stranici Brodsko-posavske županije

sukladno Odluci o uvjetima, kriterijima i postupku dodjele stipendija iz sredstava Proračuna Brodsko-posavske županije za studente integriranog preddiplomskog i diplomskog studija zdravstvenog usmjerenja- smjer doktor medicine .

Također,

* Potvrđujem kako sam upoznat s pravom da u svakom trenutku povučem danu privolu i zatražim prestanak daljnje obrade svojih osobnih podataka, te da njeno povlačenje ne utječe na zakonitost obrade na temelju dane Izjave o privoli prije njezina povlačenja.

U Slavonskom Brodu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019. godine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis podnositelja

Ova Izjava je temelj za prikupljanje i obradu Vaših osobnih podataka kao korisnika u svrhu provedbe Natječaja za dodjelu stipendija u 2019.godini.

Osim za svrhu za koju je dana privola prikupljeni osobni podatak ne može se koristiti u druge svrhe.

*\*Pojmovi koji se koriste u ovoj Izjavi obuhvaćaju na jednak način muški i ženski spol*