

ZAHTJEV ZA KORIŠTENJE MEDICINSKIH POMAGALA U 2019. G.

Osobni podaci podnosioca zahtjeva za korištenje pomagala

Ime i prezime _____

Adresa prebivališta _____

Telefon _____

Podaci o osobi za koju se traži pomagalo

Ime i prezime _____

Adresa prebivališta _____

Vrsta pomagala:

- a. Pelene
- b. Hodalica
- c. Štake
- d. Karolina
- e. Kolica
- f. Krevet

Zaštita osobnih podataka

Izjavljujem da sam upoznat/a s Politikom zaštite osobnih podataka Općine Čavle, a osobito sa sljedećim informacijama:
- voditelj obrade: OPĆINA ČAVLE, Čavja 31, 51219 Čavle, OIB: 27613220645, tel.: 051/208-300, e-mail: opcina@cavle.hr,
- službenik za zaštitu osobnih podataka: Tamara Kovačić Relja, tel: 051/208-307, e-mail: tamara@cavle.hr,
- svrha i pravna osnova obrade osobnih podataka: ostvarivanje prava i provjeravanje ispunjavanja uvjeta propisanih Odlukom o socijalnoj skrbi na području Općine Čavle (Službene novine PGŽ br. 3/15); kontakt s podnosiocem zahtjeva,
- podaci se ne prosljeđuju trećim osobama,
- podaci će biti trajno pohranjeni,
- prava podnosioca zahtjeva: pristup osobnim podacima, ispravak ili brisanje osobnih podataka, ograničavanje obrade, ulaganje prigovora, prenosivost podataka, podnošenje prigovora nadzornom tijelu (ref. Politika zaštite osobnih podataka, tč. 10.),
- pružanje osobnih podataka nužno je za ostvarivanje prava, odnosno, u slučaju nepružanja istih, neće moći biti udovoljeno zahtjevu.

Potpis podnosioca:

Čavle, _____

Prilog: Dokumentacija po vrsti uvjeta