

Obrazac broj 1

**ZAMOLBA ZA KORIŠTENJE USLUGA DOMA HRVATSKIH VETERANA KROZ PROGRAM SMJEŠTAJA:**

1. OSOBNI PODACI O KORISNIKU:	
IME I PREZIME:	
ADRESA PREBIVALIŠTA:	
MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:	
DATUM ROĐENJA:	
OIB:	
BROJ TELEFONA:	
BROJ MOBITELA:	
E-MAIL:	
ADRESA I BROJEVI TELEFONA NAJBLIŽIH ČLANOVA OBITELJI	
2. PODNOSITELJ ZAMOLBE:	
a) HRVI iz Domovinskog rata b) član obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata c) član obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata d) hrvatski branitelj iz Domovinskog rata e) član obitelji umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata f) član obitelji hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata g) osoba stradala u obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru mirovnih snaga i mirovnih misija h) stradali pirotehničar i) član obitelji stradalog pirotehničara j) civilni invalid iz Domovinskog rata k) član obitelji civilnog stradalnika iz Domovinskog rata	
3. OSTALI PODACI	
a) samac b) članovi kućanstva i srodstvo: c) korištenje lijekova d) kronične bolesti	

Usluge Doma hrvatskih veterana koristio sam (upisati razdoblje i vrstu korištenih usluga):

#### IZJAVA O SUGLASNOSTI ZA PRIKUPLJANJE OSOBNIH PODATAKA

Upoznat/a sam da se, sukladno Zakonu o provedbi **Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka ( NN 42/18) i UREDBOM (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 27. travnja 2016. zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka** moji osobni podaci kao podnositelja zamolbe za priznavanje prava na korištenje usluga Doma hrvatskih veterana prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava **i u svrhu unaprjeđivanja rada ustanove** te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu. **Upoznat/-a sam s činjenicom da danu privolu mogu u svakom trenutku povući i da mogu uložiti prigovor na način obrade osobnih podataka te da mogu zatražiti informacije o načinu obrade osobnih podataka.**

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Potpis

U prilogu:

- a) potvrdu o zdravstvenom stanju od liječnika obiteljske medicine na kojoj se nalazi popis dijagnoza s MKB kodom i nazivom dijagnoza i medicinska dokumentaciju koju posjedujem
- b) presliku osobne iskaznice