

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

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:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) HRVI iz Domovinskog rata</li> <li>b) članovi obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata</li> <li>c) članovi obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata</li> <li>d) hrvatski branitelji iz Domovinskog rata koji su u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovali najmanje 100 dana u borbenom sektoru</li> <li>e) članovi obitelji umrlih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata koji su u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovali najmanje 100 dana u borbenom sektoru</li> <li>f) članovi obitelji hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata koji su u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovali najmanje 100 dana u borbenom sektoru</li> <li>g) osobe stradale u obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru mirovnih snaga i mirovnih misija</li> <li>h) stradali pirotehničari</li> <li>i) članovi obitelji stradalih pirotehničara</li> <li>j) civilni invalidi iz Domovinskog rata i</li> <li>k) članovi obitelji civilnih stradalnika iz Domovinskog rata.</li> </ul>	
3. OSTALI PODACI	

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 UREDBI (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 unaprijeđivanja 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 mojih 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