  

MEDICINSKA ŠKOLA ŠIBENIK

**POTVRDA – SUGLASNOST za sudjelovanje na Erasmus + projektu za mlade**

**''Get over obesity'', Veli Lošinj 31.3 – 8.4. 2023.**

**Dolje potpisani roditelj/skrbnik**

IME I PREZIME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KONTAKT BROJ TELEFONA/MOBITELA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Suglasan/suglasna sam da moj/a sin/kći**

 IME I PREZIME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ŠIFRA UČENIKA za objavu rezultata natječaja na stranici škole \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM ROĐENJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**sudjeluje u razmjeni u sklopu projekta ''Get over obesity'' Medicinske škole iz Šibenika u sklopu programa Erasmus+ Youth exchange.**

Sudjelovanje u projektu uključuje pripremu koja će se odvijati od veljače 2023. godine do ožujka 2023. godine, odlazak na razmjenu shodno pravilima.

 Dajem suglasnost za objavu imena i fotografija mog djeteta na web stranicama škole i medija u sklopu obavijesti o sudjelovanju na razmjeni projektnim aktivnostima. Sudjelovanjem na svim aktivnostima u sklopu projekta pristajem na davanje osobnih podataka za korištenje prema Zakonu o zaštiti osobnih podataka. Upoznat/a sam da će se s osobnim podacima za koje dajem privolu postupati u skladu s načelima obrade osobnih podataka.

Upoznat/a sam da se danoj privoli mogu u svako doba usprotiviti i opozvati je.

Upoznat/a sam da u svakom trenutku mogu dobiti uvid u osobne podatke za koju sam dao/la privolu te zatražiti ispravak, izmjenu ili dopunu podataka.

Potpisom ove privole potvrđujem da sam istu pažljivo pročitao/la i shvatio/la sve informacije te dopuštam voditelju obrade Medicinskoj školi iz Šibenika, korištenje i obradu podataka.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023.

Vlastoručni potpis roditelja/skrbnika:

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