



Sufinancirano sredstvima
programa Europske unije
Erasmus+



Medicinska škola

Ante Šupuka 29

Šibenik

NAZIV PROJEKTA: Zdravlje-izazovi novog doba

BROJ PROJEKTA: 2023-1-HR01-KA122-VET-000131693

POTVRDA - SUGLASNOST

dopuštanje sudjelovanja na projektu mobilnosti i odlazak u inozemstvo na stručnu praksu

4. ožujka do 19. ožujka 2024. godine, u gradu Škofja Loka (Slovenija).

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 na mobilnosti u svrhu stručne prakse u Sloveniji u sklopu projekta (2023-1-HR01-KA122-VET-000131693) Medicinske škole iz Šibenika, odobrenom od strane AMPEU u sklopu programa Erasmus+, Ključna aktivnost 1 za područje strukovnog obrazovanja i osposobljavanja.

Sudjelovanje u projektu uključuje pripremu koja će se odvijati kroz prvi i drugi mjesec, te do odlaska na mobilnost. shodno pravilima natječaja te popunjavanje završnog izvješća po povratku s mobilnosti. Na praksi učenik mora voditi Dnevnik rada, a po povratku popuniti potrebne obrasce glede čega se obvezujem da ću omogućiti da škola pravodobno dobije svu potrebnu dokumentaciju. Prije odlaska na stručnu praksu potpisat ću Ugovor s ravnateljem/icom Medicinske o dodjeli sredstava. U tu svrhu otvorit ću bankovni račun svom djetetu čiji ću biti supotpisnik i dati



školi na raspolaganje sljedeće podatke: **ime i prezime roditelja, mjesto i datum rođenja, OIB, prebivalište, ime i prezime učenika, mjesto i datum rođenja, OIB, IBAN, prebivalište.**

Dajem suglasnost za objavu imena i fotografija mog djeteta na web stranicama škole i medija u sklopu obavijesti o sudjelovanju na mobilnosti i 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 _____, _____ 2024.

Vlastoručni potpis roditelja/skrbnika:
