

**PRIVOLA**

**(sukladno članku 6. i 7. Opće uredbe o zaštiti podataka EU 2016/679 te odredbama Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka od 25. svibnja 2018.) u školskoj godini 2023./2024.**

 Kojom ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ime i prezime roditelja/zakonskog zastupnika/skrbnika maloljetnog učenika/učenice/)*

 Za moje dijete, učenika/ učenicu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_razred \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dajem / ne dajem suglasnost - privolu (*potrebno zaokružiti*)**

za davanje i obradu osobnih podataka, prema predočenom obrascu profila, gdje je voditelj obrade Medicinska škola Bjelovar.

* vezano za **Erasmus + projekt „Suvremene vještine medicine“ za**:
* snimanje, prikupljanje i obrađivanje fotografija, audio i videozapisa učenika tijekom odvijanja aktivnosti u sklopu projekta
* korištenje i objavljivanje fotografija na mrežnim stranicama Škole, panoima i oglasnim pločama Škole te brošurama i prospektima koji su rezultat aktivnosti
* za prosljeđivanje fotografija i podataka učenika (ime, prezime, razred) medijima, a sve navedeno u svrhu informiranja javnosti o provedenoj aktivnosti i postignutim rezultatima te promociji navedene aktivnosti, učenika i Škole u školskim godinama 2023./24. i 2024./25.

 Privola roditelja/skrbnika/zakonskog zastupnika učenika je slobodno dano i izričito očitovanje volje kojom on izražava svoju suglasnost s obradom osobnih podataka djeteta samo za određenu svrhu - vezano za **Erasmus + projekt „Suvremene vještine medicine“**

 Ovim putem također izjavljujem da sam od strane voditelja obrade upoznat da u svakom trenutku imam pravo povlačenja ove privolu, te da povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade na temelju privole prije njezina povlačenja.

Bjelovar, \_\_\_\_\_\_\_\_2023. Potpis roditelja/zakonskog zastupnika/skrbnika

 ------------------------------------