



MEDICINSKA ŠKOLA BJELOVAR

www.medskolabjelovar.hr

Poljana dr. Franje Tuđmana 8, 43 000 BJELOVAR

msbj@ss-medicinska-bj.skole.hr

tel. 043/242-333

tel. 043/277-080

IBAN HR 72 23400091110694426

MB: 0383988

OIB: 00916951686

Prilog II

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 2024./2025.

Kojom ja _____ (ime i prezime roditelja/zakonskog zastupnika/skrbnika učenika/učenice/)

Za moje dijete, učenika/ učenicu _____ razred _____

Dajem / ne dajem suglasnost - privolu (potrebno zaokružiti)

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

- vezano za **Erasmus + projekt „Suvremene medicinske vještine II“** za:
 - snimanje, prikupljanje i obrađivanje fotografija, audio i videozapisa učenika tijekom odvijanja aktivnosti u sklopu projekta
 - korištenje i objavljivanje fotografija na mrežnim stranicama i društvenim mrežama Škole, panoima i oglasnim pločama Škole te brošurama i prospektima koji su rezultat aktivnosti
 - za prosljeđivanje fotografija i podataka učenika (ime, prezime, zanimanje, 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 2024./25. i 2025./26.

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 medicinske vještine II“**

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

Bjelovar, _____ 2024.

Potpis roditelja/zakonskog zastupnika/skrbnika
