



SVEUČILIŠTE U SPLITU
University of Split

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
University Department for Health Studies

Ruđera Boškovića 35, 21 000 Split, Hrvatska, Croatia



Ime i prezime

Na temelju odredbi Opće uredbe o zaštiti podataka, EC 2016/679 i odredbi Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (Narodne novine broj 42/18), svojim potpisom dajem

PRIVOLU

Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, da u svrhu _____

(navesti svrhu u koju su osobni podatci daju) koristi moje osobne podatke:

1.
2.
3.
4.

(navesti osobne podatke)

(Mjesto i datum)

(Vlastoručni potpis)

Napomena: Navedeni osobni podatci koristit će se isključivo u gore navedenu svrhu u skladu s odredbama Uredbe i drugih općih akata te se u druge svrhe ne smije koristiti bez pisane privole osobe na koju se osobni podatci odnose. Daljna obrada osobnih podataka u povijesne, statističke ili znanstvene svrhe neće se smatrati nepodudarnom, pod uvjetom da se poduzmu odgovarajuće zaštitne mjere. Osoba ima pravo u svako doba odustati od dane privole i zatražiti prestanak daljne obrade, na način da ispuni za to propisani obrazac te ga dostavi voditelju obrade osobnih podataka.