**Obrazac broj 2.**

**ZAMOLBA ZA KORIŠTENJE USLUGA DOMA HRVATSKIH VETERANA**

**KROZ PROGRAM BORAVKA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.OSOBNI PODACI O KORISNIKU: | | | | | | |
| IME I PREZIME: |  | | | | | |
| ADRESA PREBIVALIŠTA: | MJESTO: | | POŠTANSKI  BROJ: | | ULICA I KUĆNI BROJ: | |
|  | |  | |  | |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA: |  | | | | | |
| DATUM ROĐENJA: |  | | | | | |
| OIB: |  | | | | | |
| BROJ TELEFONA ILI MOBITELA |  | | | | | |
| E-MAIL: |  | | | | | |
| 2. STATUS PODNOSITELJA ZAMOLBE (zaokružiti): | | | | | | |
| 1. HRVI iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_% 2. član obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja) 3. član obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja) 4. hrvatski branitelj iz Domovinskog rata koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana u borbenom sektoru 5. član obitelji umrlog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja) koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana u borbenom sektoru 6. član obitelji hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime hrvatskog branitelja) koji je u obrani suvereniteta Republike Hrvatske sudjelovao najmanje 100 dana u borbenom sektoru 7. osoba stradala u obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru mirovnih snaga i mirovnih misija 8. stradali pirotehničar 9. član obitelji stradalog pirotehničara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime pirotehničara) 10. civilni invalid iz Domovinskog rata 11. član obitelji poginule, nestale i umrle civilne osobe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime osobe) iz Domovinskog rata. | | | | | | |
| 3.OSTALI PODACI: | | | | | | |
| BRAČNI STATUS (zaokruži) | | a) oženjen/udata | b) neoženjen/neudata | | | c) udovac/udovica |
| d) razveden/a | d) izvanbračna zajednica | | | |
| RADNI STATUS (zaokruži) | | a) učenik/student | b) nezaposlen/a | | | c) zaposlen/a |
| d) samostalna djelatnost/obrtnik/ca | e) umirovljenik/ca | | | f) nešto drugo |
| ČLANOVI KUĆANSTVA I SRODSTVO (napisati) | |  | | | | |
| KORIŠTENJE LIJEKOVA (zaokruži) | | 1. svakodnevno | | 1. po potrebi | | |

***IZJAVA O SUGLASNOSTI ZA PRIKUPLJANJE OSOBNIH PODATAKA I DOSTAVI OBAVIJESTI O SLUČAJU PROMJENE ZDRAVSTVENOG STANJA***

*Upoznat/a sam da se, sukladno Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka ( NN, br. 42/18) i UREDBOM (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 27. travnja 2016. zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka moji osobni podaci kao podnositelja zamolbe za priznavanje prava na korištenje usluga Doma hrvatskih veterana prikupljaju isključivo u svrhu ostvarivanja traženog prava i u svrhu unaprjeđivanja rada ustanove te da se u druge svrhe neće koristiti. Također sam informiran o identitetu voditelja zbirke. Dobrovoljno dajem svoje osobne podatke te privolu u smislu prikupljanja i obrade istih u navedenu svrhu. Upoznat/-a sam s činjenicom da danu privolu mogu u svakom trenutku povući i da mogu uložiti prigovor na način obrade osobnih podataka te da mogu zatražiti informacije o načinu obrade osobnih podataka.*

*U slučaju odobrenog korištenja usluga Doma hrvatskih veterana kroz program boravka, obvezujem se dostaviti obavijest Domu hrvatskih veterana o promjeni zdravstvenog stanja za vrijeme trajanja korištenja usluga.*

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis

Prilažem:

1. presliku osobne iskaznice
2. potvrdu o zdravstvenom stanju od liječnika obiteljske medicine na kojoj se nalazi popis dijagnoza s MKB kodom i nazivom dijagnoza i
3. medicinsku dokumentaciju koju posjedujem