

**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:			
	a) oženjen/udata	b) neoženjen/neudata	c) udovac/udovica

BRAČNI STATUS (zaokruži)	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)	a) svakodnevno		b) 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. zaštititi 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:

- a) presliku osobne iskaznice
- a) potvrdu o zdravstvenom stanju od liječnika obiteljske medicine na kojoj se nalazi popis dijagnoza s MKB kodom i nazivom dijagnoza i
- b) medicinsku dokumentaciju koju posjedujem