



dr. Vladka Mačeka 48, 47000 Karlovac,
tel/fax: 047/ 804 016, 611 332, www.zzhm-kz.hr

ZAHTJEV ZA IZMJENU ILI DOPUNU OSOBNIH PODATAKA

Podaci podnositelja zahtjeva:

IME I PREZIME	
OIB	
ADRESA	
KONTAKT	

Temeljem članka 16. Opće uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća od 27. travnja 2016. godine o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (u daljnjem tekstu: Opća uredba o zaštiti podataka), zahtijevam ispravak ili dopunu osobnih podataka i informacija koje se na mene odnose, a koje obrađuje Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije kao voditelj obrade.

Ispravak / dopuna (zaokružiti) osobnih podataka je potrebna za: _____

OSOBNI PODATAK	STARI PODATAK	NOVI PODATAK

U svrhu identifikacije dana je na uvid isprava:- osobna iskaznica

- putovnica
- ostalo

Potpisom ovog Zahtjeva Podnositelj zahtjeva daje izričitu suglasnost Zavodu da može poduzimati radnje vezano uz obradu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu, a što podrazumijeva svaku radnju ili skup radnji koje čine opseg obavljanja redovitih poslova Zavoda. Zavod se obvezuje koristiti podatke samo u svrhu za koju su namijenjeni, uz poštovanje odredbi Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. (Opća uredba o zaštiti podataka), Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka, Politike o zaštiti osobnih podataka i privatnosti i drugih propisa koji reguliraju zaštitu osobnih podataka. Podnositelj Zahtjeva potvrđuje da je prije potpisa ovog Zahtjeva obaviješten o namjeri korištenja osobnih podataka, a ovom izjavom daje privolu na takvu obradu.

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem. Također izjavljujem da sam prethodno upoznat/a sa načinima ostvarivanja zaštite svojih prava glede osobnih podataka.

Mjesto i vrijeme podnošenja zahtjeva _____

Vlastoručni potpis: _____

Za voditelja obrade zahtjev primio: _____

Vlastoručni potpis: _____