



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU  
KARLOVAČKE ŽUPANIJE  
dr. Vladka Mačeka 48, 47000 Karlovac,  
tel/fax: 047/ 804 016, 611 332, www.zzhm-kz.hr

## ZAHTJEV ZA PRENOSIVOST OSOBNIH PODATAKA

### Podaci Podnositelja zahtjeva:

IME I PREZIME	
OIB	
ADRESA	
KONTAKT	

Temeljem članka 20. 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 prenošenje osobnih podatka koje se na mene odnose, a koje obrađuje Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije kao voditelj obrade.

Obrazloženje podnositelja zahtjeva. (Molimo precizno navesti podatke koji se prenose, te naziv voditelja obrade kojem se podaci prenose)

---

---

---

---

---

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 poštivanje 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: \_\_\_\_\_