**Obrazac broj 2.**

**ZAMOLBA ZA KORIŠTENJE USLUGA VETERANSKOG CENTRA**

 **KROZ PROGRAM BORAVKA**

|  |
| --- |
| 1.OSOBNI PODACI O KORISNIKU: |
| IME I PREZIME:  |  |
| ADRESA PREBIVALIŠTA:  | MJESTO: | POŠTANSKIBROJ: | ULICA I KUĆNI BROJ: |
|  |  |  |
| MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA:  |  |
| DATUM ROĐENJA:  |  |
| OIB:  |  |
| BROJ TELEFONA ILI MOBITELA |  |
| E-MAIL: |  |
| 2. STATUS PODNOSITELJA ZAMOLBE (zaokružiti): |
| 1. hrvatski ratni vojni invalidi iz Domovinskog rata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%
2. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata
3. članovi uže i šire obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata članovi uže i šire obitelji nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata članovi uže i šire obitelji umrlih hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata
4. članovi uže i šire obitelji hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata
5. osobe stradale u obavljanju vojnih i redarstvenih dužnosti u stranoj zemlji u okviru mirovnih snaga i mirovnih misija ako ih je na tu dužnost uputilo nadležno tijelo u okviru međunarodnih obveza
6. pirotehničari u slučaju ozljede na radu ili profesionalne bolesti, koja je nastala kao posljedica obavljanja njihova posla
7. članovi uže i šire obitelji pirotehničara poginulih pri obavljanju svog posla
8. vojne osobe koje su ranjene ili ozlijeđene u obav1janju službene zadaće u Oružanim snagama
9. policijski službenik ranjen ili ozlijeđen pri obavljanju policijskog posla
10. članovi uže i šire obitelji vojne osobe koja pogine ili umre zbog rane ili ozljede koju je zadobila u obavljanju službene zadaće u Oružanim snagama
11. članovi uže i šire obitelji policijskog službenika poginulog pri obavljanju policijskog posla
12. strani veterani sukladno međunarodnim sporazumima
13. žrtve seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu
14. civilni invalidi iz Domovinskog rata
15. članovi obitelji civilne osobe poginule, umrle i nestale u Domovinskom ratu.
16. ostale kategorije braniteljsko-stradalničke populacije
 |
| 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 Veteranskog centra 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 Veteranskog centra kroz program boravka, obvezujem se dostaviti obavijest Veteranskom centru 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