**Obrazac broj 2.**

**ZAMOLBA ZA KORIŠTENJE USLUGA VETERANSKOG CENTRA**

**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. 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