DOM ZDRAVLJA VARAŽDINSKE ŽUPANIJE
Kolodvorska 20, 42000 Varaždin

IME I PREZIME: _____

OIB: _____

Adresa: _____

U Varaždinu, _____ godine

P R I V O L A

Ovime dobrovoljno dajem privolu da se moji osobni podaci (ime i prezime, adresa, OIB, datum i mjesto rođenja, e-mail adresa, broj telefona) koriste od strane Dom zdravlja Varaždinske županije u svrhu sudjelovanja u natječaju za zapošljavanje i utvrđivanja udovoljavanja traženih uvjeta kandidata za radno mjesto po ovom natječaju.

Dom zdravlja Varaždinske županije ne smije moje osobne podatke iz ove privole dostavljati trećima niti ih smije koristiti u druge svrhe osim i jedino u svrhu radi koje dajem ovu privolu.

Potpisom ove privole, izjavljujem da sam upoznat/a s pravom:

- da od Dom zdravlja Varaždinske županije u bilo kojem trenutku mogu zatražiti pristup mojim osobnim podacima, njihov ispravak, brisanje i ograničavanje obrade,
- da Dom zdravlja Varaždinske županije mogu uložiti prigovor na obradu mojih osobnih podataka,
- da imam pravo na prenosivost podataka,
- da imam pravo na podnošenje prigovora nadležnom tijelu (Agencija za zaštitu osobnih podataka),
- da imam pravo postaviti upit službeniku za zaštitu podataka Dom zdravlja Varaždinske županije ako smatram da je došlo do bilo kakve povrede u obradi mojih osobnih podataka,
- da mogu u svako doba, u potpunosti ili djelomice, bez naknade i objašnjenja, odustati od dane privole i zatražiti prestanak aktivnosti obrade osobnih podataka.

Opoziv privole podnosi se isključivo putem preporučene pošte na adresu Dom zdravlja Varaždinske županije, Kolodvorska 20, 42000 Varaždin, s naznakom - opoziv privole -.

Podatke prikupljene u svrhu sudjelovanja u natječaju za zapošljavanje, Dom zdravlja Varaždinske županije će čuvati 3 (tri) mjeseca po okončanju natječaja, koji završava objavom Obavijesti o odabiru kandidata na internetskim stranicama Dom zdravlja Varaždinske županije, nakon čega će podaci biti brisani sa službenih stranica Dom zdravlja Varaždinske županije.

Vlastoručni potpis:

_____