

SVEUČILIŠTE U SPLITU, MEDICINSKI FAKULTET
Šoltanska 2A
21000 Split

PODNOŠITELJ

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Adresa: _____

Mob./tel.: _____

E-mail: _____

P R I V O L A

U skladu s odredbama Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka (Opća uredba o zaštiti podataka) dajem privolu Sveučilištu u Splitu, Medicinskom fakultetu, Šoltanska 2A, 21000 Split za prikupljanje i obradu mojih osobnih podataka kako slijedi:

u svrhu _____

Osim za svrhu za koju je dana privola, prikupljeni osobni podaci neće se koristiti u druge svrhe. Potpisom ove Privole potvrđujem da su mi prilikom prikupljanja mojih osobnih podataka pružene informacije od strane Sveučilišta u Splitu, Medicinskog fakulteta sukladno članku 13. Opće uredbe o zaštiti podataka.

Ova privola je dana dobrovoljno te sam upoznat/a da imam pravo u svakom trenutku povući privolu i zatražiti prestanak daljnje obrade svojih osobnih podataka. Povlačenje privole ne utječe na zakonitost obrade koja se temeljila na privoli prije njezina povlačenja.

Mjesto i datum: _____

Vlastoručni potpis: _____