

**IME I PREZIME:** \_\_\_\_\_

**OIB:** \_\_\_\_\_

**Adresa:** \_\_\_\_\_

**Vela Luka,** \_\_\_\_\_ **.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 Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju KALOS u svrhu sudjelovanja u natječaju za prijem u radni odnos za radno mjesto **Nutricionist** i utvrđivanja te udovoljavanja traženih uvjeta kandidata po ovom natječaju.

Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju KALOS 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 Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju KALOS u bilo kojem trenutku mogu zatražiti pristup mojim osobnim podacima, njihov ispravak, brisanje i ograničavanje obrade,
- da Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju KALOS 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 Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju KALOS 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 Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju KALOS, Ulica 3 br. 3, 20270 Vela Luka, s naznakom-opoziv privole-.

Podatke prikupljene u svrhu sudjelovanja u natječaju za radno mjesto **Nutricionist** Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju KALOS će čuvati 6(šest) mjeseci po okončanju natječaja, koji završava dostavljanjem Obavijesti o izboru i imenovanju primljenog kandidata na radno mjesto, nakon čega će podaci biti brisani iz evidencije Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju KALOS.

Vlastoručni potpis:

\_\_\_\_\_