Obrazac 1

Na temelju točke III. Odluke o osnivanju i imenovanju Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata na području Krapinsko-zagorske županije („Službeni glasnik Krapinsko-zagorske županije“, broj 4/5 i 6/10), Upravnom odjelu za zdravstvo, socijalnu skrb, udruge i mlade Krapinsko-zagorske županije dostavlja se

**PRIJEDLOG**

**KANDIDATA ZA ČLANA/ČLANICU POVJERENSTVA ZA ZAŠTITU PRAVA**

**PACIJENATA NA PODRUČJU KRAPINSKO-ZAGORSKE ŽUPANIJE**

**PREDLAGATELJ:**

(građanin, udruga, građanska inicijativa, jedinica lokalne samouprave, druga pravna osoba)

**KANDIDAT:**

IME I PREZIME ( I ROĐENO PREZIME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SPOL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM, MJESTO I DRŽAVA ROĐENJA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IME I PREZIME OCA

I MAJKE (I ROĐENO PREZIME) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BROJ I MJESTO IZDAVANJA

OSOBNE ISKAZNICE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRESA EL. POŠTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFON I MOBITEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine

 **Predlagatelj kandidata:**

 ...………………………………………..

 (ime, prezime i vlastoručni potpis)

 ……………………………………….

 (adresa)

 ……………………………………….

 (broj telefona ili mobitela)

**OBRAZLOŽENJE PRIJEDLOGA ZA KANDIDATA** (molimo ukratko opisati razloge kandidiranja, motivaciju za rad u ovom području, stručnost i dosadašnje iskustvo u području za koje se kandidira):

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

 **Predlagatelj kandidata:**

 ……………………………………….

 (ime, prezime i vlastoručni potpis)

Obrazac 2

Na temelju članka 6. stavka 1. a) Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. godine o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka, dajem

I Z J A V U

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime kandidata/kandidatkinje) upoznat/a sam i suglasan/na s kandidaturom za člana/članicu Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata na području Krapinsko-zagorske županije i upoznat/a sam s tekstom navedenom u ovoj prijavi te potvrđujem njegovu točnost i istinitost.

U svojstvu kandidata/kandidatkinje dajem suglasnost da se moji podaci prikupljanju, obrađuju i koriste od strane Krapinsko-zagorske županije kako slijedi:

1. ime i prezime (i rođeno prezime), spol, adresa, OIB, datum, mjesto i država rođenja, državljanstvo, ime i prezime oca i majke (i rođeno prezime), broj i mjesto izdavanja osobne iskaznice, adresa elektronička pošte, telefon i mobitel – u svrhu traženja i dobivanja podataka o nekažnjavanju kandidata/kandidatkinje iz kaznene i prekršajne evidencije Ministarstva pravosuđa
2. životopis – u svrhu objave na službenoj mrežnoj stranici Krapinsko-zagorske županije u obliku u kojem sam dostavio/dostavila na ovaj Javni poziv.

DA NE

(zaokružiti odgovarajuće)

Suglasan/suglasna sam da se moji podaci iz prijave za člana/članicu Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata na području Krapinsko-zagorske županije, ukoliko budem imenovan/imenovana članom/članicom Povjerenstva, obrađuju i koriste od strane voditelja zbirke osobnih podataka Krapinsko-zagorske županije u svrhu vođenja evidencije o članovima/članicama Županijskih Povjerenstava.

Suglasan/suglasna sam da se moji podaci o broju telefona/mobitela i adresi elektroničke pošte dostavljaju članovima/članicama radnih tijela Županijske skupštine.

Upoznat sam da u svakom trenutku mogu povući Izjavu.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018. godine

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis kandidata)