

**REPUBLIKA HRVATSKA**  
**GRAD ZAGREB**  
**ŠKOLA ZA MEDICINSKE SESTRE VIHOGRADSKA**  
Vinogradska 29  
10000 Zagreb

**Zahtjev za brisanje osobnih podataka koji se obrađuju u  
informacijskom sustavu Škole za medicinske sestre Vinogradska**

Temeljem odredbi čl. 17. Uredbe (EU) br. 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.

**Osobni podaci**

Ime:	
Prezime:	
OIB:	
Prebivalište:	
Država:	
E-mail	

**Dokaz o identitetu**

Kao dokaz mog identiteta prilažem presliku identifikacijske isprave (osobna iskaznica, putovnica):

Broj \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_

**Obrazloženje zahtjeva/dodatne informacije vezane za zahtjev**

---

---

**Datum i mjesto**

\_\_\_\_\_

**Potpis**

\_\_\_\_\_