

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

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

Temeljem odredbi čl. 20. 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
