 *MEDICINSKA ŠKOLA KARLOVAC*

*47000 Karlovac, Dr. Andrije Štampara 5, tel./fax: (047) 431-371*

*e-mail:* [*medicinska.skola@ka.t-com.hr*](mailto:medicinska.skola@ka.t-com.hr)

**Ime i prezime kandidata/kandidatkinje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRIVOLA ZA PRIKUPLJANJE I OBRADU PODATAKA**

**U SVRHU PRIJAVE NA NATJEČAJ**

* Svojim potpisom dajem izričitu privolu/suglasnost Medicinskoj školi Karlovac, za pristup mojim osobnim podacima, prikupljanju i daljnjoj obradi istih vezano za uvjete natječaja za stručnog učitelja/učiteljicu.
* Izjavljujem da dajem suglasnost za objavu osobnih podataka na listi o rezultatima natječaja koji će biti objavljeni na web stranici škole.
* Podaci o privoli čuvaju se prema Pravilniku o zaštiti i obradi arhivskog i registraturnog gradiva Medicinske škole Karlovac.
* Ova privola se daje dobrovoljno i u svakom trenutku se može povući.
* datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis:

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