*PREDMET*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA**

**HRVATSKOG RATNOG VOJNOG INVALIDA**

1. Ime, ime oca i prezime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Prebivalište\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Državljanstvo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Pripadnost postrojbama:

Naziv postrojbe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum prestanka sudjelovanja u obrani\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum prestanka djelatne vojne službe- statusa ovlaštene službene osobe

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

1. Podaci o stradavanju: datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_mjesto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vojna akcija\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dužnost\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Okolnosti stradavanja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stradali dio tijela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Bolesti za koje se traži priznavanje statusa HRVI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Vrijeme i mjesto nastanka bolesti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Prvo javljanje liječniku bilo je\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stacionarno liječenje ne da gdje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Da li je do sada podnošen zahtjev za priznavanje statusa HRVI\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Da li je kažanjavan \_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Da li prima naknadu za tjelesno oštećenje \_\_\_ \_\_\_\_\_
4. Da li je zaposlen, u mirovini, odnosno na naknadi plaće\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KOPRIVNICA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

potpis podnositelja zahtjeva

Popunjavanjem i potpisivanjem ovog obrasca dajete izričitu privolu za prikupljanje, obrađivanje i čuvanje Vaših osobnih podataka navedenih u obrascu, Koprivničko-križevačkoj županiji (u daljnjem tekstu: Voditelju obrade) u svrhu ostvarivanja statusa i prava hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata, te dajete izričitu privolu da Koprivničko-križevačka županija ustupi na obradu osobne podatke iz ovog obrasca nadležnim ministarstvima na njihov zahtjev samo u slučajevima koji su propisani zakonom ili predstavljaju dio ugovornih obveza,.

Ovim putem izričito izjavljujete da imate više od 18 godina i da zakonski možete dati privolu za obradu osobnih podataka kako je to navedeno u ovoj Izjavi.

S Vašim osobnim podacima postupat ćemo sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka (EU GDPR) i Zakonu provedbi opće uredbe o zaštiti podataka („Narodne novine“ broj 42/18.), te u skladu s Politikom zaštite privatnosti osobnih podataka koja je objavljena i može se pročitati na web stranici Koprivničko-križevačke županije, <https://kckzz.hr/uprava/politika-zastite-privatnosti-osobnih-podataka/> , uz primjenu odgovarajućih organizacijskih i tehničkih mjera zaštite osobnih podataka od neovlaštenog pristupa, zlouporabe, otkrivanja, gubitka ili uništenja.

            Čuvamo povjerljivost Vaših osobnih podataka te je pristup osobnim podacima omogućen samo onim službenicima kojima su oni potrebni radi provedbe vašeg zahtjeva, a trećim osobama samo u dijelu provedbe ugovornih i zakonskih obveza. Voditelj obrade će ishoditi brisanje Vaših osobnih podataka kada oni više neće biti nužni u odnosu na svrhu za koju su prikupljani sukladno Pravilima za upravljanje javnim dokumentarnim gradivom Koprivničko-križevačke županije („Službeni glasnik Koprivničko-križevačke županije“ broj 28/20.).“

Napominjemo da u svako doba, u potpunosti ili djelomice, bez naknade i objašnjenja možete dopuniti nepotpune ili netočne osobne podatke te možete povući svoju privolu i zatražiti prestanak aktivnosti obrade Vaših osobnih podataka Opoziv ne utječe na zakonitost obrade prije njezina povlačenja. Opoziv privole možete podnijeti osobno dolaskom na gore navedenu adresu ili e-poštom na adresu: [zastita.podataka@kckzz.hr](mailto:zastita.podataka@kckzz.hr). Također, prigovor možete uložiti Agenciji za zaštitu osobnih podataka ([www.azop.hr](http://www.azop.hr)).