



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE

**PRIVOLA/SUGLASNOST
ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA**

Molimo navesti sve tražene podatke!

Ime: _____

Prezime: _____

Titula: _____

OIB: _____

JMBG: _____

Broj mob./tel.: _____

e-mail: _____

Napomena:

Obrazac služi kao temelj za elektroničku obradu podataka. Tražene podatke upisati čitko tiskanim slovima.

Svojim potpisom dajem privolu Zavodu za hitnu medicinu Koprivničko-križevačke županije za prikupljanje i obradu osobnih podataka u svrhu provođenja javnog natječaja za radno mjesto:

_____.