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

Ime i prezime

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

Adresa, poštanski broj i grad

Izjava

Potpisom ove Izjave dajem Medicinskom fakultetu u Rijeci svoju suglasnost da se moji osobni podaci (ime, prezime, akademski stupanj, zvanje, JMBG, OIB, adresa stanovanja, IBAN žiro računa, ukupni radni staž u RH, stup mirovinskog osiguranja, naziv ustanove u kojoj sam u radnom odnosu, e-mail adresa i broj telefona) mogu koristiti u svrhe izrade Ugovora o djelu/Ugovora o autorskom djelu, a temeljem Informacije o postupcima i svrhama obrade osobnih podataka od strane Fakulteta, kao i sve ostale informacije sukladno Uredbi (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. godine o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_20\_\_. godine.

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

Vlastoručni potpis