**ZAHTJEV ZA ISPRAVAK ILI DOPUNU OSOBNIH PODATAKA**

Podaci podnositelja zahtjeva:

|  |  |
| --- | --- |
| IME I PREZIME |  |
| OIB |  |
| ADRESA |  |
| KONTAKT |  |

Temeljem članka 16. Opće uredbe (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 te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (u daljnjem tekstu: Opća uredba o zaštiti podataka), zahtijevam ispravak ili dopunu osobnih netočnih osobnih podataka koje se na mene odnose, a koje obrađuje Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama kao voditelj obrade.

Ispravak / dopuna (zaokružiti) osobnih podataka je potrebna za:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ISPRAVAK ILI DOPUNA OSOBNOG PODATKA** | | |
| **Osobni podatak** | **STARI PODATAK** | **NOVI PODATAK** |
| Ime i prezime |  |  |
| OIB |  |  |
| Adresa |  |  |
| Kontakt |  |  |
| Ostalo |  |  |

Obrazloženje zahtjeva/dodatne informacije vezane uz zahtjev:

deffef

U svrhu identifikacije dana je na uvid isprava: ☐ osobna iskaznica ☐ putovnica ☐ ostalo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpisom ovog Zahtjeva Podnositelj zahtjeva daje izričitu suglasnost Specijalnoj bolnici za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama da može poduzimati radnje vezano uz obradu njegovih osobnih podataka navedenih u ovom Zahtjevu, a što podrazumijeva svaku radnju ili skup radnji koje čine opseg obavljanja redovitih poslova Specijalne bolnice za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama. Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama se obvezuje koristiti podatke samo u svrhu za koju su namijenjeni, uz poštivanje odredbi Uredbe (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. (Opća uredba o zaštiti podataka), Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka i drugih propisa koji reguliraju zaštitu osobnih podataka. Podnositelj Zahtjeva potvrđuje da je prije potpisa ovog Zahtjeva obaviješten o namjeri korištenja osobnih podataka a ovom izjavom daje privolu na takvu obradu. Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da su navedeni podaci istiniti te ih kao takve vlastoručno potpisujem. Također izjavljujem da sam prethodno upoznat/a sa načinima ostvarivanja zaštite svojih prava glede osobnih podataka.

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva: Vlastoručni potpis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Za voditelja obrade zahtjev zaprimio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*U slučaju da pristup osobnim podacima zahtjeva opsežno poduzimanje radnji, Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama zadržava pravo na naplatu poduzetih radnji.