



Medicinska škola
Ante Šupuka 29
Šibenik

NAZIV PROJEKTA: Vještine za zdraviji svijet
BROJ PROJEKTA: 2024-1-HR01-KA121-VET-000209303

POTVRDA - SUGLASNOST

dopuštanje sudjelovanja na projektu mobilnosti i odlazak u inozemstvo na stručnu praksu

30.3. do 12.4.2025 u gradu Topolšćica (Slovenija)

Dolje potpisani roditelj/skrbnik

IME I PREZIME _____

OIB _____

KONTAKT BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

Suglasan/suglasna sam da moj/a sin/kći

IME I PREZIME _____

ŠIFRA UČENIKA za objavu rezultata natječaja na stranici škole _____

OIB _____

DATUM ROĐENJA _____

sudjeluje na mobilnosti u svrhu stručne prakse u Sloveniji, u sklopu projekta (2024-1-HR01-KA121-VET-000209303) Medicinske škole iz Šibenika, odobrenom od strane AMPEU u sklopu programa Erasmus+, Ključna aktivnost 1 za područje strukovnog obrazovanja i osposobljavanja. Sudjelovanje u projektu uključuje pripremu koja će se odvijati kroz deveti mjesec, te do odlaska na mobilnost. shodno pravilima natječaja te popunjavanje završnog izvješća po povratku s mobilnosti. Na praksi učenik mora voditi Dnevnik rada, a po povratku popuniti potrebne obrasce

glede čega se obvezujem da ću omogućiti da škola pravodobno dobije svu potrebnu dokumentaciju.

Prije odlaska na stručnu praksu potpisat ću Ugovor s ravnateljem/icom Medicinske o dodjeli sredstava. U tu svrhu otvorit ću bankovni račun svom djetetu čiji ću biti supotpisnik i dati školi na raspolaganje sljedeće podatke: **ime i prezime roditelja, mjesto i datum rođenja, OIB, prebivalište, ime i prezime učenika, mjesto i datum rođenja, OIB, IBAN, prebivalište.**

Dajem suglasnost za objavu imena i fotografija mog djeteta na web stranicama škole i medija u sklopu obavijesti o sudjelovanju na mobilnosti i projektnim aktivnostima. Sudjelovanjem na svim aktivnostima u sklopu projekta pristajem na davanje osobnih podataka za korištenje prema Zakonu o zaštiti osobnih podataka.

Upoznat/a sam da će se s osobnim podacima za koje dajem privolu postupati u skladu s načelima obrade osobnih podataka.

Upoznat/a sam da se danoj privoli mogu u svako doba usprotiviti i opozvati je.

Upoznat/a sam da u svakom trenutku mogu dobiti uvid u osobne podatke za koju sam dao/la privolu te zatražiti ispravak, izmjenu ili dopunu podataka.

Potpisom ove privole potvrđujem da sam istu pažljivo pročitao/la i shvatio/la sve informacije te dopuštam voditelju obrade Medicinskoj školi iz Šibenika, korištenje i obradu podataka.

U _____, _____ 2025.

Vlastoručni potpis roditelja/skrbnika:
