**PRIHLÁŠKA NA ŠTUDIJNÝ PROGRAM SÚSTAVNÉHO VZDELÁVANIA „Neodkladná podpora životných funkcií“**

*Meno, priezvisko a titul:*

*Dátum a miesto narodenia:*

*Štátna príslušnosť:*

*Rodné číslo:*

*Číslo občianskeho preukazu:*

*Odborná spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania:*

**Adresa trvalého bydliska**

*Ulica, číslo:*

*PSČ:*

*Mesto:*

**Kontakt**

*Telefón:*

*Mobil:*

*Email:*

V zmysle zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa nariadenia EÚ č. 2016/679 (ďalej len„GDPR“), čl. 6 ods. 1 písm. a, recitál 43, a iných, súhlasím so spracovaním a používaním mojich osobných údajov na účely absolvovania školenia a vystavenia potvrdenia o absolvovaní programu sústavného vzdelávania s názvom „KURZ INŠTRUKTORA PRVEJ POMOCI“. Beriem na vedomie, že údaje môžu spracovávať len oprávnené osoby, ktoré sú povinné dodržiavať ustanovenia v zmysle zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa nariadenia EÚ č. 2016/679 („GDPR“) a že spracované údaje budú archivované po dobu v súlade s platnými právnymi predpismi.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis žiadateľa