

OSNOVNA ŠKOLA BARTOLA KAŠIĆA
VRISNIČKA 4
10000 ZAGREB
tel: 3833 -135
fax: 3647- 075

PRIVOLA

Ime i prezime djeteta: _____

Ime i prezime roditelja: _____

- svojim potpisom dajem izričitu privolu Osnovnoj školi Bartola Kašića da može obrađivati moje osobne podatke i osobne podatke djeteta/djece kojoj sam zakonski zastupnik u svrhu odgojno-obrazovnog programa škole.
- svojim potpisom dajem izričitu privolu Osnovnoj školi Bartola Kašića da dostavlja osobne podatke drugim nadležnim institucijama isključivo uz zakonsku svrhu
- svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat/a da je u objektima Škole instaliran video nadzor radi nadzora ulaska/izlaska te prostora dvorišta škole, a temeljem Zakona o zaštiti na radu, radi povećanja sigurnosti osoba i zaštite školske imovine

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.

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

Potpisom ove privole potvrđujem da sam istu pažljivo pročitao/la i razumio/jela sve informacije, te dopuštam voditelju obrade Osnovnoj školi Bartola Kašića korištenje i obradu podataka na naznačeni način.

POTPIS RODITELJA/SKRBNIKA
