## **REGIONÁLNY ÚRAD**

## **VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA**

## **so sídlom v ...**

## **...**

###### ...

Ž I A D O S Ť

o overenie odbornej spôsobilosti na prevádzkovanie pohrebnej služby

Meno: ....................................................................................................................................................

Priezvisko: ............................................................................................................................................

Titul: ............................................................... telefón/e-mail: ............................................................

Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo): .............................................................................................

Mesto/obec: ....................................................................... PSČ: .........................................................

Miesto a dátum narodenia: .................................................................................................................

Zamestnávateľ: ....................................................................................................................................

Pracovné zaradenie, práca, ktorú bude vykonávať:

................................................................................................................................................ .............

Vzdelanie: .............................................................................................................................................

Predchádzajúca prax: .........................................................................................................................

Žiadam o overenie  odbornej spôsobilosti potrebnej k získaniu „osvedčenia o odbornej spôsobilosti na prevádzkovanie pohrebnej služby“ v zmysle zákona 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Potvrdzujem, že údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé.

v: ......................................................

dňa: .................................................

 podpis: ............................................

**Príloha k žiadosti o overenie odbornej spôsobilosti**

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v ..................................... informuje žiadateľa v súlade s čl. 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane osobných údajov), ďalej len „GDPR“, že jeho osobné údaje bude spracúvať za účelom vybavenia predmetu žiadosti (ďalej len „účel“) a na právnom základe podľa § 13 ods. 1 písm. c) zákona, ktorým je zákon č. 355/2007 o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Prevádzkovateľ nebude osobné údaje žiadateľa sprístupňovať, alebo poskytovať tretím stranám, s výnimkou prípadov zbavenia mlčanlivosti podľa § 79 ods. 3. zákona. Osobné údaje nebudú prenesené do iných krajín mimo územia Európskej únie a tiež mimo územia Slovenskej republiky. Osobné údaje žiadateľa budú po vydaní osvedčenia zverejnené na webovom sídle prevádzkovateľa v rozsahu: titul, meno, priezvisko, adresa trvalého bydliska, číslo a dátum vydania osvedčenia.

Žiadateľ má voči prevádzkovateľovi právo požadovať prístup k osobným údajom a namietať podľa § 21 voči ich spracúvaniu, na opravu podľa § 22, na výmaz podľa § 23, na obmedzenie spracúvania podľa § 24 a podať návrh na začatie konania podľa §100 zákona.

Prevádzkovateľ bude spracúvať osobné údaje iba počas doby trvania účelu a v rozsahu nevyhnutnom na splnenie účelu. Dokumenty s osobnými údajmi budú v súlade s platnou legislatívou Slovenskej republiky naďalej uchovávané počas trvania nasledujúcich 20 rokov.

Kontakt na zodpovednú osobu v zmysle zákona: ...

Potvrdzujem, že informácii o spracúvaní mojich osobných údajov som porozumel/a.

V ............................. dňa............................. Podpis ...........................................................