## **Ž i a d o s ť o overenie odbornej spôsobilosti**

## **na prácu s veľmi toxickými látkami a zmesami**

## **a toxickými látkami a zmesami**

**Pečiatka** prihlasujúcej

organizácie (firmy)

a telefonický **kontakt**

 **Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v ....**

**...**

**...**

Meno, priezvisko, titul:

Trvalé bydlisko:

Dátum a miesto narodenia:

Vzdelanie:

Dĺžka predchádzajúcej praxe pri práci s veľmi toxickými látkami a zmesami a toxickými látkami a zmesami:

Pracovné zaradenie:

Druh práce (popis činnosti):

Zoznam veľmi toxických látok a zmesí a toxických látok a zmesí, s ktorými sa

obchoduje\*..........................................................................................................................................................................................................................................................................................

alebo sa odborne využívajú\* na

1. priemyselné využitie\* .........................................................................................................................
2. laboratórne skúšanie, vedecko-výskumné účely\* ...............................................................................
3. na ochranu rastlín\* ..............................................................................................................................
4. iné\* ......................................................................................................................................................

Správne poplatky uhradím (čo sa hodí vyznačte):

- v hotovosti/bezhotovostne v pokladnici RÚVZ

- formou nominálneho kolku zakúpeného na pošte

- prevodom na účet (internet bankingom)

Upozornenie:

Pre každého prihlasovaného je potrebné podať samostatnú prihlášku.

\* nehodiace sa prečiarknuť

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