Prihlasujem sa na kurz neodkladnej podpory životných funkcií v trvaní **8 hodiny**.

**Prihláška na kurz neodkladnej podpory životných funkcií.**

Evidenčné číslo: ..................................

Evidenčné číslo: ......................

Titul. Meno Priezvisko: ...................................................................................................................

Dátum narodenia:

Miesto narodenia:

Adresa trvalého pobytu alebo prechodného pobytu:

Telefónne číslo:........................................ E-mail:

Zamestnávateľ:

Dosiahnuté vzdelanie: ....................................................................................................................

Prax:

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v prihláške sú pravdivé a súhlasím so spracovaním nevyhnutných osobných údajov pre potreby organizátora kurzu (v súlade so zákonom č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov). Súhlas so spracovaním osobných údajov (podľa Všeobecného nariadenia o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov – GDPR na druhej strane tohto listu).

Dátum: ........................

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

 vlastnoručný podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prihláška na vykonanie skúšky z poskytovania neodkladnej podpory životných funkcií.**

Prihlasujem sa na skúšku z neodkladnej podpory životných funkcií.

Kurz som absolvoval/-a, dátum a miesto:

Vyhlasujem, že údaje uvedené v prihláške sú pravdivé.

Dátum: ................................... .....................................................

 vlastnoručný podpis

**Súhlas so spracúvaním osobných údajov dotknutej osoby**

Prevádzkovateľ:

Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby Slovenskej republiky, Trnavská cesta 8/A, 821 08 Bratislava, IČO: 36 076 643, štátna príspevková organizácia zriadená Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej aj ako „OS ZZS SR“ alebo „prevádzkovateľ“)

Dotknutá osoba (účastník kurzu):

Meno a priezvisko: ..........................................................................................................................

Dátum narodenia: ...........................................................................................................................

Bytom: ...........................................................................................................................................

□ ÁNO □ NIE /súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu: titul ,meno, priezvisko, dátum narodenia a miesto narodenia na účely vyhotovenia potvrdenia o absolvovaní kurzu prvej pomoci.

□ ÁNO □ NIE /súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu fotografií a videozáznamov týkajúcich sa mojej osoby, mojich prejavov osobnej povahy v súvislosti s mojou účasťou na kurze, organizovaným prevádzkovateľom formou ich vyhotovenia, použitia a zverejnenia na webovej stránke, sociálnych sieťach (najmä Facebook), tlačených materiáloch prevádzkovateľa, či vyvesením v priestoroch prevádzkovateľa na účely reklamy, propagácie a budovania dobrého mena prevádzkovateľa, a to na dobu 5 rokov od udelenia súhlasu alebo do momentu odvolania môjho súhlasu.

Udelenie súhlasu je dobrovoľné. Som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať, a to úplne alebo sčasti (i) zaslaním e-mailu o odvolaní súhlasu na adresu gdpr@155.sk alebo (ii) zaslaním písomného oznámenia o odvolaní súhlasu na adresu OS ZZS SR uvedenú vyššie. Zákonnosť spracúvania osobných údajov pred odvolaním súhlasu nie je dotknutá.

Ďalšie informácie o spracúvaní osobných údajov OS ZZS SR a tretími stranami vrátane informácií o právach dotknutých osôb sú súčasťou Podmienok ochrany súkromia na stránke [www.155.sk](http://www.155.sk) , s ktorými som mal/a možnosť sa oboznámiť.

Miesto: ..........................................................

Dátum: ..........................................................

Podpis dotknutej osoby: ...............................