

Ime i prezime: _____

Adresa stanovanja: _____

OIB: _____

Datum rođenja: _____

Tel/mob.: _____

PRIJAVA

na Oglas za prijam u radni odnos na određeno vrijeme u projektu „Zaželi za MS vol. 2“

Sukladno objavljenom Oglasu za prijam u radni odnos na određeno vrijeme u projektu „Zaželi za MS vol. 2“, podnosim prijavu za zapošljavanje na radno mjesto gerontodomačice/domaćin za pružanje usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom.

Uz prijavu prilažem (ZAKRUŽITI):

1. Životopis vlastoručno potpisan,
2. Obostranu presliku osobne iskaznice,
3. Presliku svjedodžbe ili drugog dokaza o završenom obrazovanju,
4. Elektronički zapis ili potvrdu o podacima evidentiranim u matičnoj evidenciji Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje.

U _____, _____ 2024. godine

(potpis)

SUGLASNOST

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da sam, sukladno UREDBI (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ upoznat/a kako se moji osobni podaci, kao podnositelja/ice prijave na Oglas za prijam u radni odnos na određeno vrijeme, prikupljaju isključivo u svrhu zapošljavanja u Društvu multiple skleroze Brodsko-posavske županije na projektu „Zaželi za MS vol. 2“, u okviru poziva „Zaželi – prevencija institucionalizacije“ te da se u druge svrhe neće koristiti.

Suglasan/suglasna sam i dajem pristanak da se moji osobni podaci prikupljaju i obrađuju u svrhu zapošljavanja i provedbe projekta te izvršavanja Ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava za projekte koji se sufinanciraju iz Europskog socijalnog fonda plus u financijskom razdoblju 2021.-2027., kodni broj: SF.3.4.11.01.0034, projekt „Zaželi za MS vol. 2“.

Obrada osobnih podataka provodit će se sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka i Zakonu o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka. Ako pojedinac želi povući privolu, to može učiniti pisanim putem na adresu: Društvo multiple skleroze Brodsko-posavske županije, Đure Pilara 2, 35000 Slavonski Brod ili putem e-pošte na adresu: info@dmsbpz.hr

U _____, _____ 2024. godine

(potpis)