**PRIJAVNICA NA IZPIT ZA ZASTOPNIKA PRAVIC OSEB NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA**

Ime in priimek: …………………………………………………………………………………………

Datum in kraj rojstva: ……………………………………………………..…………………………..

Naslov stalnega bivališča: .………………………………………….............................................

Naslov za vročanje (če se razlikuje od stalnega): …………………………………………………

Kontaktna telefonska številka: .………………..…………………………………………………….

Elektronski naslov*: ……………………………………………………………………………………*

Datum izpita za zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja (izberi):

- 12. 4. 2023

- 17. 5. 2023

Pridobljena izobrazba: ………………………………………………….……………………….…..

Naziv ustanove: ……………………………………………………………………………………...

Delovne izkušnje: skupna delovna doba ……… let in ……... mesecev, od tega na področju

duševnega zdravja ……… let in ……... mesecev.

Sedanja zaposlitev:

Naziv delodajalca: ……………………………………………………………….……………....….

Naziv delovnega mesta: ……………………………………………………………………….……

Plačnik izpita je: …..………………………………………………………………….

Kraj in datum: Podpis kandidata/kandidatke

………………………… …………………………………………………………….

Podpis odgovorne osebe organizacije *(v primeru njenega plačila)*

 Žig

……………………………………………………………..

**IZJAVA O OBDELAVI OSEBNIH PODATKOV**

S podpisom izrecno dovoljujem, da Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljevanju MDDSZ), Štukljeva cesta 44, 1000 Ljubljana, v skladu z določili Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 163/22) obdeluje osebne podatke, ki jih bom sam/-a pisno ali kako drugače posredoval/-a zaradi ali za potrebe pristopa k izpitu za koordinatorja obravnave v skupnosti po 25. členu Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US) in Pravilnika o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja (Uradni list RS, št. 49/09 in 31/13).

Strinjam se, da MDDSZ posreduje moje podatke svojim zunanjim sodelavcem in drugim izvajalcem, ki na podlagi posebnih pogodb za MDDSZ opravljajo posebne storitve v obsegu, ki je nujen, da lahko MDDSZ nemoteno opravlja svojo dejavnost. Seznanjen/-a sem, da se bodo ti podatki obravnavali v skladu z zakoni in drugimi akti, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.

Seznanjen/-a sem, da bo MDDSZ moje osebne podatke obdelovalo toliko časa, kolikor je potrebno za dosego namena, zaradi katerega so se zbrali in obdelovali razen, če niso na podlagi zakona, ki ureja arhivsko gradivo in arhive, opredeljeni kot arhivsko gradivo. Po izpolnitvi namena zbiranja in obdelave jih MDDSZ izbriše tako, kot je to predvideno v zakonu, ki ureja varovanje osebnih podatkov.

Seznanjen/-a sem, da imam pravico do vpogleda v svoje osebne podatke, ki jih vodi MDDSZ, in zahtevati njihov popravek, izbris ali omejitve obdelave kot tudi podati ugovor obdelavi in prenosljivosti podatkov. Seznanjen/-a sem tudi, da imam pravico do vložitve pritožbe pri nadzornem organu (informacijskemu pooblaščencu).

Kraj .................................... Datum:............................

Podpis:..................................................