

**Súhlas so spracúvaním osobných údajov
na účely vydania rozhodnutia**

Podpísaný/á
(Meno, priezvisko, adresa žiadateľa)

v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 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 údajov) a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

udeľujem súhlas so spracúvaním osobných údajov

prevádzkovateľovi:

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Dolnom Kubíne
Nemocničná 12
026 01 Dolný Kubín

v rozsahu:

- telefónne číslo,
- adresa elektronickej pošty (e-mail),

na účely komunikácie s prevádzkovateľom počas vybavovania žiadosti o vydanie rozhodnutia vydávaného podľa § 13 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Súhlas udeľujem na dobu, ktorá je nevyhnutná na vybavenie podania, počínajúc dňom udelenia súhlasu a končiac vybavením podania.

Dátum:

Podpis:

Informácie o spracúvaní osobných údajov

Udelenie súhlasu je dobrovoľné. Súhlas so spracúvaním osobných údajov je možné kedykoľvek odvolať; odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov, založeného na súhlase udelenom pred jeho odvolaním.

Informácie o spracúvaní osobných údajov a o právach dotknutých osôb sú uvedené v dokumente „**Informácie o spracúvaní osobných údajov na účely vydania rozhodnutia**“, ktoré tvoria prílohu k žiadosti a sú spolu so žiadosťou zverejnené na webovom sídle prevádzkovateľa.