



Sufinancirano sredstvima
programa Europske unije
Erasmus+

Erasmus+
Obogaćuje živote, širi vidike.



AGENCIJA ZA
MOBILNOST I
PROGRAME EU



HEAL SKILL

Medicinska škola Osijek

Referentni broj projekta: 2025-1-HR01-KA122-VET-000338151

Naziv projekta: HEAL SKILL

POTVRDA - SUGLASNOST

dopuštanje sudjelovanja na projektu mobilnosti i odlazak u inozemstvo na stručnu praksu

Braga, Portugal – 26.1.-6.2.2026

Dolje potpisani roditelj/skrbnik

IME I PREZIME _____

ADRESA _____

OIB _____

KONTAKT BROJ TELEFONA/MOBITELA _____

Suglasan/suglasna sam da moj/a sin/kći

IME I PREZIME _____

ŠIFRA UČENIKA za objavu rezultata natječaja na stranici škole _____

OIB _____

DATUM ROĐENJA _____

sudjeluje na mobilnosti u svrhu stručne prakse u Portugalu (Braga), u sklopu projekta (2025-1-HR01-KA122-VET-000338151) Medicinske škole Osijek odobrenom od strane AMPEU u sklopu programa Erasmus+, Ključnu aktivnost 1 u području strukovnog obrazovanja i osposobljavanja).

Sudjelovanje u projektu uključuje pripremu koja će se odvijati od listopada 2025. godine do siječnja 2026. godine, odlazak na mobilnost shodno pravilima natječaja te popunjavanje završnog izvješća po povratku s mobilnosti. Na praksi učenik mora voditi Dnevnik rada, a po povratku popuniti potrebne obrasce glede čega se obvezujem da ću omogućiti da škola pravodobno dobije svu potrebnu dokumentaciju.

Prije odlaska na stručnu praksu potpisat ću Ugovor s ravnateljicom Medicinske škole Osijek o dodjeli sredstava. U tu svrhu otvorit ću bankovni račun svom djetetu čiji ću biti supotpisnik i dati školi na raspolaganje sljedeće podatke: ime i prezime roditelja, mjesto i datum rođenja, OIB, prebivalište, ime i prezime učenika, mjesto i datum rođenja, OIB, IBAN, prebivalište.

Dajem suglasnost za objavu imena i fotografija mog djeteta na web stranicama škole i medija u sklopu obavijesti o sudjelovanju na mobilnosti i projektnim aktivnostima. Sudjelovanjem na svim aktivnostima u sklopu projekta pristajem na davanje osobnih podataka za korištenje sukladno Općoj uredbi o zaštiti podataka (EU) 2016/679 i Zakonu o provedbi Opće uredbi o zaštiti podataka (NN 42/18). Upoznat/a sam da će se s osobnim podacima za koje dajem privolu postupati u skladu s načelima obrade osobnih podataka.

Upoznat/a sam da se danoj privoli mogu u svako doba usprotiviti i opozvati je.

Upoznat/a sam da u svakom trenutku mogu dobiti uvid u osobne podatke za koju sam dao/la privolu te zatražiti ispravak, izmjenu ili dopunu podataka. U slučaju promjene podataka obvezujem se obavijestiti Školu bez odgode.

Potpisom ove privole potvrđujem da sam istu pažljivo pročitao/la i shvatio/la sve informacije te dopuštam voditelju obrade Medicinske škole Osijek korištenje i obradu podataka.

Svojim potpisom potvrđujem istinitost navedenih podataka.

U _____, _____ 2025.
(mjesto) (datum)

Vlastoručni potpis: _____