

REGIONÁLNY ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA
so sídlom v Košiciach, Ipeľská 1, 040 11 Košice

VEC

Žiadosť o vyhotovenie fotokópie osvedčenia

Žiadateľ:

Meno a priezvisko:

Adresa:

PSČ:

Tel. číslo:

E-mail:

Žiadam o vyhotovenie fotokópie osvedčenia o odbornej spôsobilosti, ktoré mi bolo vydané Regionálnym úradom verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach

dňa:

pod číslom:

na činnosť:

Informovanie dotknutých osôb o spracúvaní osobných údajov

Informácie o ochrane osobných údajov sú dostupné na webovom sídle úradu <https://www.ruvzke.sk/gdpr>

Prehlasujem, že som bol informovaný podľa § 19 a § 20 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a čl. 13 a čl. 14 Nariadenia Európskeho parlamentu a rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov o právach a informáciách týkajúcich sa ochrany mojich osobných údajov.

V

, dňa

Podpis