

**Regionálny úrad
verejného zdravotníctva
so sídlom v Nitre
Štefánikova 58
949 01 Nitra**

Dátum:

Vec Žiadosť o overenie odbornej spôsobilosti na prevádzkovanie krematória.

Žiadam Vás o overenie odbornej spôsobilosti na prevádzkovanie krematória.

Meno, priezvisko, titul:

Dátum a miesto narodenia:

Bydlisko:

Vzdelanie:.....

Dĺžka odbornej praxe:.....

Pracovné zaradenie – práca, ktorú bude vykonávať:.....

Absolvovanie školenia (uviesť odbornú spôsobilosť, na ktorú sa školenie vyžaduje).....

Fyzická osoba – podnikateľ:

Obchodné meno:.....

Miesto podnikania:

IČO:.....

Činnosť na ktorú sa žiada osvedčenie odbornej spôsobilosti.....

Prílohy:.....

Podpis žiadateľa

Súhlas dotknutej osoby

(§ 7 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov)

Podpísaný/á(titul, meno, priezvisko, dátum narodenia), ako dotknutá osoba podľa § 7 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 428/2002 Z.z.“) dávam týmto **súhlas** Regionálnemu úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Nitre, aby spracoval moje osobné údaje – titul, meno, priezvisko, dátum a miesto narodenia, bydlisko, za účelom vydania osvedčenia o odbornej spôsobilosti a zápisu do verejne prístupného registra odborne spôsobilých osôb, ktorý je vedený podľa § 16 ods. 30 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 355/2007 Z.z.“).

Som uzrozumený s tým, že moje práva ako dotknutej osoby sú upravené v § 20 zákona č. 428/2002 Z. z. Daný súhlas sa vzťahuje na dobu od podania písomnej žiadosti o overenie odbornej spôsobilosti, alebo o vydanie osvedčenia na základe zákonných predpokladov, do uplynutia 20 rokov od platnosti osvedčenia.

Beriem na vedomie možnosť odvolať súhlas v prípade neúspešne vykonanej skúšky odbornej spôsobilosti alebo zamietnutia žiadosti o vydanie osvedčenia podľa zákona č. 355/2007 Z. z.

V dňa

.....
podpis žiadateľa