

PRISTOPNA IZJAVA ZA VČLANITEV V DRUŠTVO GIBALNO OVIRANIH IN ŽRTEV NASILJA VIZIJA

IME IN PRIIMEK: _____

NASLOV: _____

TEL. ŠT.: _____; E-MAIL: _____

DATUM IN KRAJ ROJSTVA: _____

IZOBRAZBA IN POKLIC: _____

DIAGNOZA (možnih več): _____

STATUS: _____

Pristopam v članstvo društva vizija in želim sodelovati:

- Na področju socialnega in invalidskega varstva;
- Vodenju, odločanju, v organih upravljanja;
- Pri programih za aktivno staranje, socialno aktivacijo in medicinskih pripomočkih;
- Kot mentor in organizator dejavnosti;
- Pri ostalih dejavnostih: _____;

Navedite svoje predloge za delo društva in osebno sodelovanje;

Izjavljam, da dajem Društvu gibalno oviranih in žrtev nasilja VIZIJA izrecno privolitev za obdelavo mojih osebnih in zdravstvenih podatkov za namen izkazovanja pogoja ustreznosti članstva v društvu. Splošni podatki (ime, naslov in kontaktni podatki) se zahtevajo za potrebe vpisa v register članov in za potrebe obveščanja o dejavnostih Društva VIZIJA ter so nujni za včlanitev. Davčna številka se zbira za potrebe izplačil honorarjev, nadomestil stroškov in drugih izplačil. Podatki o socialnem in zdravstvenem položaju se zbirajo za potrebe statistične obdelave o članih društva in za potrebe izvajanja socialnovarstvenih programov in drugih dejavnosti. Predložitev zdravstvene dokumentacije je potrebna zaradi preverjanja ali oseba izpolnjuje zdravstvene pogoje za članstvo v društvu in je nujna za včlanitev. Zbrani osebni podatki se lahko trajno hranijo kot zasebno arhivsko gradivo. Privolitev posameznega člana oziroma zakonitega zastopnika posameznega člana temelji na podlagi določil Splošne uredbe o varstvu podatkov (Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter Zakona o varstvu osebnih podatkov – 2 (Uradni list RS, št. 163/22).

Datum in kraj:

Podpis prosilca oz. zakonitega zastopnika prosilca:
