

## SÚHLAS DOTKNUTEJ OSOBY SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

podľa § 14 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení  
niektorých zákonov ( ďalej len „zákon o OOÚ“)

Meno a priezvisko: ..... Dátum narodenia : .....

Bydlisko : .....

### p o s k y t u j e m   s ú h l a s ,

Psychiatrickej nemocnici Veľké Zálužie, Rínok 334/48, 951 35 Veľké Zálužie.

so spracúvaním osobných údajov v rozsahu osobných údajov : **Titul, meno, priezvisko, dátum narodenia, trvalé bydlisko, prechodné bydlisko, pohlavie, všetky údaje a iné záznamy uvedené v úradnom doklade o vzdelaní, podpis, kontaktné údaje (najmä telefónne číslo a e-mail), údaje uvedené v životopise a motivačnom liste, jazykové znalosti, prax, absolvované kurzy (názov, krajina), certifikáty (názov, doba platnosti, vydavateľ, krajina), zručnosti (názov, úroveň), vlastníctvo zdravotného preukazu, preukazu pracovníka v potravinárstve na účel evidencie vhodných uchádzačov o zamestnanie vo vlastnej databáze prevádzkovateľa.**

Uvedený súhlas poskytujem na účel - ( **Uchádzači o zamestnanie** ) **posúdenie kvalifikácie a vedenie evidencie záujemcov o zamestnanie.**

Kontaktné údaje zodpovednej osoby sú: Adresa prevádzkovateľa, [zodpovednaosoba@pnvz.sk](mailto:zodpovednaosoba@pnvz.sk) .

Kategórie príjemcov : **Nie je žiadny príjemca.**

Tretie strany: **Nie je žiadna tretia strana.**

Tento súhlas udeľujem na dobu 1 rok .

Som si vedomý toho:

- že môžem svoj súhlas so spracovaním osobných údajov kedykoľvek odvolať (spôsobom akým bol udelený súhlas), pričom odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania údajov založeného na súhlase pred odvolaním.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bola/bol poučená/ý o svojich právach a povinnostiach pri spracúvaní osobných údajov v rozsahu uvedenom v prílohe k tomuto súhlasu.

V(o) : .....

Dňa: .....

.....  
vlastnoručný podpis