

Temeljem čl. 3. i 4. Odluke o stipendiranju učenika i studenata klasa: 604-01/09-01/01, ur. broj: 2169-30-02-09-01 od 10. srpnja 2009. godine, ravnateljica Psihijatrijske bolnice Rab raspisuje

N A T J E Č A J

za dodjelu 4 stipendije učenicima srednje medicinske škole IV i V razreda za zanimanje medicinska sestra – tehničar

1. Visina mjesečne stipendije iznosi 800,00 kn (slovima: osamstokuna).
2. Vrijeme stipendiranja je maksimalno 10 mjeseci tijekom školske godine (od 01. rujna do 30. lipnja)
3. Mjesto školovanja: Hrvatska
4. Pravo na podnošenje zahtjeva za dodjelu stipendije ima redovni učenik srednje medicinske škole zanimanje medicinska sestra – tehničar koji ispunjava slijedeće uvjete:
 - da je državljanin Republike Hrvatske
 - da ima prebivalište na području Republike Hrvatske

Pristupnik natječaju uz zahtjev za dodjelu stipendije treba priložiti:

- životopis
- uvjerenje o upisu u tekuću 2020/2021. godinu
- domovnica (preslika)
- rodni list (preslika)
- potvrda o prebivalištu (ne stariju od mjesec dana)

Ukoliko pristupnik ima, prilaže:

- diplome odnosno priznanja na natjecanjima i nagradama dobivenim tijekom obrazovanja

Rok za podnošenje prijave je 15 (slovima: petnaest) dana računajući od dana objave natječaja.

Prijave s dokumentacijom primaju se radim danom od 08,00 do 16,00 sati u tajništvu Bolnice ili se dostavljaju putem pošte na adresu: **PSIHIJATRIJSKA BOLNICA RAB, 51280 RAB, Kampor 224 „Natječaj za stipendiranje – ne otvaraj“**

Nepotpune i nepravovremene prijave neće se razmatrati.

Psihijatrijska bolnica Rab dostavljene podatke kandidata obrađuje u skladu sa odredbama pozitivnih propisa koji uređuju zaštitu osobnih podataka (PRIVOLA). Dostavljeni podaci obrađivati će se u svrhu provođenja natječaja te se neće koristiti u druge svrhe.

Prema Zakonu o ravnopravnosti spolova (NN br. 82/08, 69/17) na ovaj natječaj mogu se prijaviti osobe oba spola.





PSIHIJATRIJSKA BOLNICA RAB

Kampor 224, p.p. 110, 51280 Rab, tel: 051 776 344, fax.: 051 776 377
bolnicarab@bolnicarab.hr www.bolnicarab.hr OIB: 91616680822

IME I PREZIME (Učenika): _____

OIB: _____

IME I PREZIME (Roditelja): _____

OIB: _____

ADRESA: _____

U _____, _____ godine

PRIVOLA

Ovime dobrovoljno dajem privolu da se moji osobni podaci (ime i prezime, adresa, OIB, datum i mjesto rođenja, e-mail adresa, broj telefona) koriste od strane Psihijatrijske bolnice Rab u svrhu sudjelovanja u natječaju za stipendiranje učenika.

Psihijatrijska bolnica Rab ne smije moje osobne podatke iz ove privole dostavljati trećima niti ih smije koristiti u druge svrhe osim i jedino u svrhu radi koje dajem ovu privolu.

Potpisom ove privole, izjavljujem da sam upoznat/a s pravom:

- da od Psihijatrijske bolnice Rab u bilo kojem trenutku mogu zatražiti pristup mojim osobnim podacima, njihov ispravak, brisanje i ograničavanje obrade,
- da Psihijatrijskoj bolnici Rab mogu uložiti prigovor na obradu mojih osobnih podataka,
- da imam pravo na prenosivost podataka,
- da imam pravo na podnošenje prigovora nadležnom tijelu (Agencija za zaštitu osobnih podataka),
- da imam pravo postaviti upit službeniku za zaštitu podataka Psihijatrijske bolnice Rab ako smatram da je došlo do bilo kakve povrede u obradi mojih osobnih podataka,
- da mogu u svako doba, u potpunosti ili djelomice, bez naknade i objašnjenja, odustati od dane privole i zatražiti prestanak aktivnosti obrade osobnih podataka.

Opoziv privole podnosi se isključivo putem preporučene pošte na adresu Psihijatrijske bolnice Rab, Kampor 224, 51280 Rab, s naznakom - opoziv privole -.

Podatke prikupljene u svrhu sudjelovanja u natječaju za stipendiranje učenika, Psihijatrijska bolnica Rab će čuvati 3 (tri) mjeseca po okončanju natječaja, koji završava dostavljanjem Obavijesti kandidatima odlukom o odabiru kandidata, nakon čega će podaci biti brisani iz evidencije Psihijatrijske bolnice Rab, a dokumentacija strojno uništena.

Vlastoručni potpis roditelja

Vlastoručni potpis učenika:
