(ПОПУЊАВА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА)

_____

/назив здравствене установе/

ИЗВОД ИЗ ЗДРАВСТВЕНОГ КАРТОНА

Кандидата _____ _____

Презиме и име Датум рођења

1. Телесна висина ☐☐☐ ☐ цм 2. Телесна тежина ☐☐☐ кг ☐

3. Прележане теже болести/менингитис, хепатитис, фебрис рх. и сл./: _____

4. Извршене хируршке интервенције: _____

5. * Верификована ЕПИ НЕ ДА - од када _____

6. * Верификовани други неуролошки или психијатријски поремећаји НЕ ДА - и то: _____

7. * Верификован поремећај чула вида НЕ ДА - и то: _____

8. * Естетски недостаци/ изразита асиметрија лица и тела, недостатак или оштећење појединих делова тела/: НЕ ДА - и то: _____

9. * Деформитети кичменог стуба и грудног коша НЕ ДА - и то: _____

Степен: _____

10. * Промене на венама ногу НЕ ДА

11. * Проширене вене скротума НЕ ДА

_____ /М. П./ _____

Место и датум Потпис и факсимил лекара

* Заокружити одговарајуће

У складу са чланом 15. Закона о заштити података о личности („Службени гласник РС”, број 87/18), даје се сагласност да средња школа унутрашњих послова, у сврху уписа у Средњу школу унутрашњих послова „Јаков Ненадовић” у Сремској Каменици, може вршити обраду података о личности.

Упознати смо са чињеницом да се пристанак на обраду података о личности може опозвати у сваком моменту, као и да повлачење пристанка није од значаја за обраду података која је извршена пре опозива.

Упознати смо и са чињеницом да ће СШУП све прикупљене податке о личности, обрађивати и чувати у складу са законом.

Потпис родитеља/другог законског заступника

_____